

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



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na UBS Adalto José Batista, Cruzeiro do Sul/AC

Sonia Mejías López

Pelotas, 2015

Sonia Mejías López

Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na UBS Adalto José Batista, Cruzeiro do Sul/AC

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

Orientadora: Niviane Genz

Co-orientador: Patrícia Germânia da Silva

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

A663m Araujo, Sonia Mejias Lopez de

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na UBS Adalto José Batista, Cruzeiro do Sul/AC / Sonia Mejias Lopez de Araujo; Niviane Genz, orientador(a); Patricia Germania, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

79 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho à minha equipe da UBS
Adalto José Batista de Cruzeiro do Sul/AC

Agradecimentos

Agradeço a todos que de alguma forma fizeram parte deste momento em minha vida.

À minha família, que sempre ofereceu o seu apoio incondicionalmente.

À Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS que possibilitou o meu crescimento como profissional por meio do curso de Especialização em Saúde da Família.

À equipe de professores que me acompanhou durante a trajetória do curso.

À equipe de saúde da UBS Adalto José Batista de Cruzeiro do Sul/AC que trabalhou incansavelmente ao meu lado e que certamente continuará se dedicando à todas as pessoas que buscarem pelo atendimento no serviço.

Aos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes que depositaram sua confiança no trabalho realizado por mim.

Resumo

LOPEZ, Sonia Mejias. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na UBS Adalto José Batista, Cruzeiro do Sul/AC.** 2015. 79f. 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, também conhecida como pressão alta, é conceituada como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos e o Diabetes mellitus é uma doença do metabolismo caracterizada pelo excesso de glicose no sangue e na urina, que surge quando o pâncreas deixa de produzir ou reduz a produção de insulina, ou ainda quando a insulina não é capaz de agir de maneira adequada. O controle dos fatores de risco da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus e seus tratamentos constituem-se em um dos maiores desafios para a Atenção Básica em Saúde. Diante dessa realidade, a UBS Adalto José Batista, Cruzeiro do Sul/AC, entre os meses de abril e julho de 2015, realizou uma intervenção em saúde objetivando melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus pertencente à área de cobertura da unidade. As ações da intervenção visavam alcançar os objetivos trabalhados estavam relacionados à cobertura, adesão, qualidade da atenção, registros adequados, mapeamento de risco da população-alvo e promoção de saúde relacionada à ação programática além de monitoramento das complicações cardiovasculares em usuários hipertensos e/ou diabéticos e, estas ações foram conduzidas dentro dos eixos programáticos de monitoramento e avaliação, organização e gestão dos serviços, engajamento público e qualificação da prática clínica. Alcançamos ao longo dos três de intervenção a 43,5% (101) do total de 232 pessoas com hipertensão e a 15,8% (9) do total de 57 pessoas com diabetes pertencentes à área de cobertura da unidade. Apesar de não alcançarmos a meta proposta de 70% de cobertura conseguimos manter 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes avaliadas no período com exame clínico apropriado realizado, exames complementares em dia, disponibilização de medicamentos da farmácia popular, avaliação da necessidade odontológica, busca ativa aos faltosos, registros em dia, mapeamento para risco de doenças cardiovasculares e realizamos ações de promoção à saúde. Este trabalho confirma a necessidade e a importância de termos profissionais de saúde capacitados para desenvolver ações qualificadas de intervenção na assistência aos usuários hipertensos e/ou diabéticos a fim de melhorar a qualidade de vida de todos. Concluiu-se que houve melhoria quanto ao conhecimento pela população sobre Hipertensão Arterial e Diabetes, sobre os fatores de risco abordados, suas complicações e a importância da adesão ao tratamento, apesar da baixa cobertura alcançada no período, mas todas as ações estavam direcionadas à promoção da melhoria da qualidade de vida a esta parcela da população. As ações permanecerão na rotina do serviço e serão ampliadas para outras ações programáticas desenvolvidas na unidade.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; hipertensão; diabetes mellitus.

Lista de Figuras

- Figura 1 Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde na UBS Adalto José Batista, do município Cruzeiro do Sul, AC, 2015. 56
- Figura 2 Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde na UBS Adalto José Batista, do município Cruzeiro do Sul, AC, 2015. 57
- Figura 3 Quadro demonstrativo da situação da UBS Adalto José Batista, Cruzeiro do Sul/AC anterior e após a intervenção realizada na unidade de fevereiro a junho de 2015. 68

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

AC	Acre
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASG	Auxiliares de Serviços Gerais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
KM	Quilômetros
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PMMB	Programa Mais Médico para o Brasil
RS	Rio Grande do Sul
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	22
2 Análise Estratégica.....	24
2.1 Justificativa.....	24
2.2 Objetivos e metas	26
2.2.1 Objetivo geral	26
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	26
2.3 Metodologia.....	28
2.3.1 Detalhamento das ações.....	28
2.3.2 Indicadores.....	40
2.3.3 Logística.....	46
2.3.4 Cronograma	49
3 Relatório da Intervenção	51
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	54
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	54
4 Avaliação da intervenção	55
4.1 Resultados	55
4.2 Discussão.....	64
5 Relatório da intervenção para gestores.....	67
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	71
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	74
Referências	75
Anexos	76

Apresentação

O presente trabalho é apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas/RS (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e teve como objetivo geral qualificar o Programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na Unidade de Saúde Adalto José Batista, Cruzeiro do Sul/AC.

No primeiro capítulo é apresentado a análise situacional apresentando o a descrição do município ao qual pertence a unidade bem como a descrição da própria unidade além de uma análise do processo de atenção à saúde realizado nesta.

No segundo capítulo, apresentamos a análise estratégica realizada junto ao serviço para identificação da realidade do serviço, apresentando e detalhando os objetivos, as metas, a metodologia utilizada, as ações propostas para a intervenção e o cronograma para a execução das ações.

No terceiro capítulo, é apresentado o relatório de intervenção demonstrando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

O quarto capítulo apresenta uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados. O quinto e sexto capítulos apresentam o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade, respectivamente.

No capítulo sete é apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Ainda, ao final consta a bibliografia utilizada para a construção deste projeto bem como os anexos que serviram para orientar o

desenvolvimento deste trabalho quanto à melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus pertencente à área de cobertura da referida Unidade de Saúde.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A atenção básica é considerada uma das portas de entrada ao sistema de saúde. Este nível abrange a promoção, prevenção, o tratamento a reabilitação e a manutenção da saúde. Trata-se de um serviço que acompanha ao usuário ao longo de sua vida.

Eu trabalho na UBS Adalto José Batista, que fica na BR 364, na Comunidade Liberdade, a 115 km do município de Cruzeiro do Sul, no estado do Acre. A equipe viaja todos os dias em um carro da Secretaria de Saúde para prestar o atendimento nesta comunidade. A equipe é multiprofissional composta por uma médica especialista em medicina geral integral, um enfermeiro generalista, um técnico de enfermagem, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnico de endemias, odontólogo, técnico auxiliar de saúde bucal, técnico de farmácia e recepcionista além do apoio dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O número de ACS é suficiente para cobrir 100% da população cadastrada na área de abrangência da unidade. A Unidade de Saúde possui uma área muito extensa na zona rural do município com um total de 338 famílias cadastradas, totalizando 1.527 pessoas e a maioria mora muito distante da unidade.

Trabalhamos dois turnos por dia, das 8:00 às 17:00h. Realizamos visitas domiciliares por agendamento. Quanto às condições estruturais não existe problemas, pois a Unidade possui uma boa estrutura física com um consultório médico, um consultório de enfermagem, sala de vacinas, sala de curativos, sala de nebulização, consultório para avaliação de endemias para o diagnóstico da malária, doença muito frequente em nossa população, sala para farmácia, sala de

triagem, consultório odontológico, sala de reuniões, recepção e sala de espera ampla com cadeiras para acomodação dos usuários enquanto aguardam pelo atendimento, o que facilita a realização de palestras neste momento aos diferentes grupos de usuários como as gestantes, idosos, adolescentes, mães de crianças entre zero e 24 meses e usuários portadores de doenças crônicas, ofertando promoção e prevenção à saúde. Há banheiro para usuários e banheiro no consultório médico e de enfermagem além de banheiro para os trabalhadores, todos em boas condições.

Todos os ambientes possuem boa ventilação e circulação de ar, mas não tem proteção com telas mosquiteiras. Os materiais utilizados nos curativos são levados e esterilizados na Secretaria de Saúde e o material contaminado é recolhido duas vezes por semana pelo carro da prefeitura. Não há barreiras arquitetônicas na unidade, o que facilita o acesso dos usuários com deficiências motoras e em uso de cadeira de roda. A mesma é uma unidade básica de saúde nova com boa estrutura e condições para atendimento com qualidade.

A equipe de saúde busca responder de forma satisfatória às necessidades de saúde da população da área de abrangência e garantir a continuidade dos cuidados na comunidade e nos domicílios. Realizamos consulta de pré-natal, puericultura, planejamento familiar e coletas de exames preventivos para a prevenção de câncer de colo uterino. Todo o processo de trabalho teve a partir do mapeamento do território e do cadastramento da população. Realizamos diagnóstico de saúde da comunidade e o planejamento e a priorização das ações desenvolvidas pelos profissionais tem demonstrado melhoria na eficiência e na qualidade dos serviços prestados na Atenção Básica.

O Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB) desenvolve um papel importante, pois incorpora à equipe profissionais médicas para trabalhar na zona rural que ainda não contavam com este profissional. Estou gostando muito de meu trabalho junto à equipe de saúde desta unidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município onde trabalho, Cruzeiro do Sul localiza-se na região noroeste do estado de Acre, na margem esquerda do rio Juruá, a 648 km por via terrestre da capital do estado Rio Branco, pela rodovia BR 364. Localizado na Mesorregião

do vale do Juruá, faz divisa com o Estado do Amazonas (Norte); o município de Porto Walter (ao Sul); com Tarauacá (a Leste) e com os municípios de Mâncio Lima, Rodrigues Alves, e com o território peruano (a Oeste). A cidade de Cruzeiro do Sul é banhada pelo Rio Juruá, possui um relevo formado por uma série de colinas e uma vegetação predominantemente amazônica. A área do município é de 7.924,94 km².

Cruzeiro do Sul de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 possui um total de 78.444 habitantes. Destes, 39.185 são homens e 39.259 mulheres com uma população rural de 23.185 pessoas. O sistema de saúde possui 51 estabelecimentos, sendo 46 deles públicos, entre hospitais, pronto socorros, unidades de saúde e serviços odontológicos. A cidade possui 220 leitos para internação hospitalar, sendo 138 públicos e 82 privados. Existe na cidade um grande hospital geral, o Hospital Regional do Juruá, que se tornou centro de referência na região em casos de maior complexidade e ainda o Hospital Materno-Infantil de Cruzeiro do Sul. Existem 23 Unidades de Saúde (UBS), totalizando 34 equipes de ESF, com disponibilidade para realização de exames além do apoio do NASF.

O quadro de saúde do município está apresentando melhorias na qualidade dos seus serviços após a inserção dos médicos pelo PMMB, pois o Programa tem levado atenção à saúde das pessoas aos lugares mais distantes do município e, especialmente, às populações mais carentes.

A UBS Adalto José Batista fica na BR 364, comunidade Liberdade, do município Cruzeiro do Sul, estado Acre, a 115 quilômetros do centro do município. É uma Unidade vinculada ao SUS sob coordenação da Prefeitura Municipal e conta com uma área de abrangência muito extensa distribuída em seis comunidades rurais muito distantes da unidade de saúde e com uma população total de 1.527 pessoas cadastradas. Trabalhamos em dois turnos, das 8h às 17h. Realizamos visitas domiciliares com agendamento. A equipe de saúde é composta por uma médica, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, seis ACS e um odontólogo. O mapa da área geográfica cadastrada foi atualizado no ano 2014. Contamos com o apoio do grupo dos profissionais do NAFS. Quanto às condições estruturais existe concordância com o modelo abordado no manual sobre a estrutura que deve ter uma UBS, pois possui consultório médico com

banheiro, consultório de enfermagem com banheiro, sala de vacinas, sala de curativos, sala de nebulização, sala de triagem, sala de reuniões, consultório odontológico, sala de espera, cozinha, banheiro para os usuários. Temos um ambiente pequeno para a recepção e arquivos de prontuários, e junto a esta está a sala de espera com uma capacidade para 15 pessoas, com cadeiras em número adequado para a espera destas pessoas. Têm banheiro para usuários deficientes em uso de cadeira de rodas, os trabalhadores usam os banheiros que ficam nos consultórios já que não há banheiro exclusivo para os trabalhadores.

Todas as salas da UBS possuem uma boa estrutura física, as paredes internas são laváveis e todas são de superfície lisa. Todos estes ambientes tem boa ventilação e circulação de ar, mas não tem proteção com telas mosquiteiras, a iluminação também é boa e temos ar condicionado em quase todas as salas. Os materiais utilizados nos curativos são levados e esterilizados na Secretaria de Saúde e o material contaminado é recolhido duas vezes por semana pelo carro da prefeitura. Não há barreiras arquitetônicas, o que facilita o acesso dos usuários com deficiências motoras e com cadeira de roda. A unidade de saúde foi construída aproximadamente um ano atrás pela prefeitura e possui ótimas condições para os trabalhadores de equipe de saúde e para os usuários.

A equipe de saúde busca dar respostas às necessidades de saúde da população pertencente à área de abrangência e garantir a continuidade dos cuidados na comunidade e nos domicílio com mapeamento do território e atualização constante do cadastramento da população. Mantemos a realização do diagnóstico de saúde da comunidade para o adequado planejamento buscando sempre priorizar as ações para a melhoria da qualidade de vida aos usuários pertencentes à área.

Entre as atribuições dos profissionais de nossa equipe de trabalho todos participam do mapeamento e territorialização da área de abrangência, realizam cuidado em saúde à população no domicílio, nas escolas, não se realizamos procedimentos cirúrgicos e as urgências e emergências são encaminhadas para o hospital. O enfermeiro e os ACS participam da busca de usuários faltosos, e o cuidado domiciliar é desempenhado pela médica, enfermeiro, técnica de enfermagem e ACS. Realizamos ações de educação em saúde e cuidados de saúde em geral por meio da consulta médica e da consulta de enfermagem,

realizamos entrega de medicamentos, aplicamos medicação oral, vacinas, revisão puerperal e, quando necessário encaminhamos os usuários ao hospital municipal de cruzeiro do sul respeitando os protocolos, realizamos notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis. E também realizamos busca ativa destas doenças com a participação da médica, enfermeira, técnico de enfermagem e ACS. Realizamos atividades de grupo com adolescentes, diabéticos, hipertensos, idosos, atividade com aleitamento materno, pré-natal, prevenção de câncer ginecológico, puericultura, planejamento familiar, atividade de controle social, e mantemos gerenciamento dos insumos necessários para o funcionamento da Unidade. Realizamos reuniões uma vez ao mês para discutir os problemas da unidade, planejar e organizar a agenda de trabalho para as ações a serem desenvolvidas e analisamos os indicadores e informações em saúde.

Quanto aos equipamentos e instrumentais não temos geladeira para as vacinas, todos os dias são transportadas em caixas térmicas de outra UBS que fica próxima da nossa. Temos consultório odontológico, muito importante pela necessidade do território da abrangência já que os usuários podem ser atendidos na mesma comunidade porque a cidade fica muito distante, não temos comunicação por telefone e nem internet, algumas vezes chegam usuários picados por cobras e não tem transporte para o envio ao hospital municipal que fica a 115 quilômetros da mesma.

Em relação a equipamentos e instrumental necessários para nosso trabalho temos disponibilidade de equipamentos e instrumentos de uso geral, não temos material para medidas antropométricas (incluindo a balança infantil) em crianças e assim fica muito difícil fazer uma avaliação de uma criança e estabelecer uma boa avaliação nutricional. Em nossa UBS não temos cabo de bisturi e outros materiais de curativos e cirurgias menores, não temos estufa, lanterna, pinças, estetoscópio de sonar, mas temos autoclave no consultório odontológico e mesa para exame clínico e ginecológico no consultório médico e de enfermagem. E preciso ter oftalmoscópio e otoscópio, mas também não temos disponibilidade dos mesmos. Além da falta de materiais, não há em funcionamento um sistema satisfatório para reposição e manutenção de equipamentos, instrumentos e mobiliários.

Em relação ao acesso de material bibliográfico na Unidade ainda não temos conexão com internet, telefone fixo, caixa de som, câmera fotográfica, filmadora, gravador de som, projetor de slides, não temos prontuário eletrônico tampouco temos livros em nossa unidade. Os ACS não têm balanças para crianças, filtro solar, e não possuem meios de locomoção em sua área de abrangência. Temos em nossa unidade alguns protocolos como Tuberculoses, Hanseníase, Dengue, Câncer de Colo de Útero e Doenças de Transmissão Sexual, muitas destas coisas afetam nosso trabalho para uma atenção de qualidade a nossa população mais estabelecemos prioridades e nossos cadernos de atenção básica e protocolos ficam disponíveis para acesso a todo o pessoal da equipe quando necessário uma revisão.

Em reuniões da Unidade discutimos as situações expostas da falta de equipamentos e a conservação das vacinas com a gestora da área rural e esta está lutando para modificar essa realidade.

O acolhimento à demanda espontânea é realizado por todos os profissionais da equipe desde que o usuário chega solicitando o atendimento na sala de espera junto à recepcionista, que é o primeiro contato, onde é adequadamente escutado e orientado a partir de sua queixa e/ou situação. A Unidade abre às portas para o atendimento às 7:30h e os usuários que possuem agendamento de consultas ou outras atividades como vacina ou curativo, são recebidos e devidamente direcionados. Os que vêm para consultas por demanda espontânea os prontuários são buscados, que estão organizados por micro áreas e são chamados para a triagem com o técnico de enfermagem e ACS da área e logo sentados esperam o atendimento enquanto participam de atividades de educação em saúde por parte do enfermeiro, ACS e pela médica por meio de palestras direcionadas à prevenção das doenças mais frequentes em nossa comunidade como o caso da malária. O enfermeiro e o técnico de enfermagem identificam os riscos e analisam a vulnerabilidade e ofertam atendimento de cuidados de acordo a necessidade do usuário, pois nem sempre há necessidade de ser atendido pela médica no dia ou podem agendar atendimento para um dia posterior. Se o problema é agudo, o atendimento é considerado imediato, prioritário ou no dia.

Segundo o Manual de atenção à demanda espontânea do Ministério da Saúde (MS) de 2013, as equipes de saúde da atenção básica, seus trabalhadores, têm que estar abertos para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta a fim de prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e o abandono. Faz muito sentido, dessa forma, que as equipes de saúde possam realizar ações de promoção à saúde para combater as doenças mais frequentes na comunidade, inserir pessoas com baixa renda em programas sociais; notificar um acidente de trabalho; utilizar uma medicação ou realizar um procedimento para cura de uma doença ou que venha a diminuir a dor; cuidar de alguém com hipertensão arterial e/ou com diabetes, idosos que moram sozinhos, pedir ajuda ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou NASF para abordar casos relacionados à saúde mental, encaminhar para um especialista de outro serviço de saúde, oferecer escuta a quem chega ansioso ou nervoso querendo atendimento imediato sem estar agendado. Prestar serviços de odontologia de maneira contínua e dar nosso apoio às pessoas que estão precisando de nosso trabalho. A equipe de saúde faz a sua parte para que os usuários tenham um bom acompanhamento e melhore seu estado de saúde.

Assim, em relação à saúde da criança, a estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP) é de 30 crianças menores de um ano pertencentes à área de abrangência da unidade. No momento temos uma cobertura de 100% (30). Destas, 80% (24) está com a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, 69% (19) está com as consultas em dia de acordo com o protocolo do MS, 33% (10) estão com o monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta, 100% (30) está em dia com as vacinas e as mães e/ou responsáveis receberam orientações para o aleitamento materno exclusivo e para prevenção de acidentes, 80% (24) realizaram teste do pezinho, 43% (13) foi avaliada quanto à saúde bucal, e nenhuma criança está com atraso da consulta agendada em mais de sete dias e, infelizmente nenhuma realizou triagem auditiva.

Nossa área rural tem ramais que são de difícil acesso e muitas mães realizam o parto no domicílio. Estas são visitadas pelos ACS e logo pela médica e enfermeiro da unidade de saúde. As consultas de puericulturas são realizadas

segundo o protocolo do MS duas vezes por semana e são realizadas pela médica, enfermeiro e técnico de enfermagem. Os ACS, neste atendimento nos acompanham apenas quando realizamos a visita domiciliar para captação do recém-nascido.

Muitas ações são desenvolvidas nas consultas de puericultura em nossa Unidade como exame físico, avaliação do crescimento e desenvolvimento, avaliação do funcionamento familiar, diagnóstico biopsicossocial, fornecido guias de orientação e indicações. As consultas de puericultura são registradas em prontuário clínico, formulário especial da puericultura e controle de evolução pômbero-estatural, atualizamos a caderneta de saúde da criança e a das vacinas. Realizamos avaliação de risco da criança de acordo com fatores pré-natal, natais e pós-natal, além de fatores ambientais e sociais. A demanda para atendimento de doenças agudas em crianças mais frequentes são infecção respiratória, parasitoses intestinais e doenças da pele. Existe o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) para crianças, realizamos atividades com grupos de mães das crianças da puericultura e somente participam em torno de 30% das mães. Também realizamos reuniões mensais para o planejamento, gestão e coordenação do programa de puericultura.

A avaliação da puericultura na comunidade tem que melhorar e temos que conseguir realizar as primeiras consultas até sete dias após o nascimento da criança, realizar também o teste de pezinho antes dos sete dias e melhorar alguns dos indicadores da qualidade da atenção à puericultura.

Quanto ao atendimento pré-natal, acompanhamos um total de 10 (44%) gestantes da estimativa de 22 gestantes para a área de cobertura segundo o CAP. Das 10 gestantes acompanhadas 70% (7) iniciou o pré-natal no 1º trimestre e estão com as consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, para 100% (10) foi solicitado na 1º consulta os exames laboratoriais preconizados, foi prescrito sulfato ferroso bem como foram fornecidas orientações para aleitamento materno exclusivo. Também 100% (10) das gestantes acompanhadas realizaram o exame ginecológico por trimestre recomendado, foram avaliadas quanto à saúde bucal, receberam a dose da vacina Hepatite B e da vacina antitetânica, conforme protocolo do MS.

A consulta de pré-natal de baixo risco pode ser realizada pelo enfermeiro, pois este profissional é capacitado para oferecer este atendimento. Na unidade de saúde realizamos o atendimento às gestantes de forma compartilhada, médica e enfermeiro e o mesmo é ofertado dois dias da semana além da oferta de atendimento por problemas de saúde agudo apresentado pelas gestantes em qualquer momento durante os turnos de funcionamento da unidade. O principal objetivo da atenção pré-natal é acolher à mulher desde o início da gravidez, assegurando ao fim da gestação o nascimento de uma criança saudável, fazer no mínimo seis consultas de pré-natal preferencialmente começando no primeiro trimestre com uma, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação, fazer atividades educativas de promoção de saúde para incentivar um aleitamento materno exclusivo até os seis meses. Realizar os exames laboratoriais, imunização com antitetânica, anti Hepatite B e dar orientações sobre os direitos das gestantes.

Na comunidade rural ainda temos que trabalhar para diminuir a mortalidade materna-infantil. A captação precoce das gestantes para o pré-natal e a atenção ao puerpério necessitamos trabalhar para conseguir que todas às puérperas realizem as consultas antes dos 42 dias pós-parto bem como também realizem o exame ginecológico, pois somente um pequeno grupo delas o realiza. A melhoria da qualidade desta ação programática e a realização de consultas de puerpério podem permitir uma redução da mortalidade materna e infantil.

O indicador de cobertura da atenção ao puerpério é de 70% (21) do total de 30 puérperas estimadas para a área de abrangência da unidade com indicadores de qualidade de 100% (21) quanto à realização da consulta puerperal antes dos 42 dias pós-parto, orientações quanto aos cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo, sobre planejamento familiar, realização do exame das mamas, do abdome e avaliação quanto à intercorrências e avaliação quanto ao estado psíquico. A um total de 14% (3) foi realizado exame ginecológico e 81% (17) possuem registro da consulta realizada.

E, quanto às ações para controle dos cânceres de colo de útero e de mama seguimos o preconizado pelo protocolo do MS, temos um total de 322 mulheres entre 25 e 64 anos estimadas pelo CAP para a área de cobertura da Unidade de Saúde. Destas, acompanhamos 277 (86%) mulheres residentes e

cadastradas. Das acompanhadas 68% (187) estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia e tiveram exames coletados com amostras satisfatórias, 12% (32) das mulheres estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso, 0,7% (2) mulheres está com o exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado. Um total de 100% (277) das mulheres possui avaliação de risco para câncer de colo de útero, receberam orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e sobre doenças sexualmente transmissíveis.

O exame preventivo de colo de útero é ofertado uma vez por semana e utilizamos o rastreamento organizado e oportunístico. O enfermeiro e a médica executam essas ações, também a equipe de saúde trabalha na investigação dos fatores de risco e trabalhamos com ações para a educação em saúde junto às mulheres a fim de diminuir os riscos. O atendimento às mulheres que realizam a coleta de exame citopatológico é registrado em prontuário clínico e no livro de registros próprios, existe arquivo para registro dos resultados dos exames e também avaliamos o Programa em reunião de equipe.

Realizamos atividades de promoção e prevenção à saúde, orientamos sobre o uso de preservativo em todas as relações sexuais e realização do exame preventivo de colo de útero, estimulamos à prática da atividade física, falamos sobre sinais e sintomas do câncer de mama, realizamos pequenas palestras diárias em que falamos sobre estes temas.

Em vista das elevadas taxas de morbimortalidade por câncer ginecológico no Brasil, as ações de Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama são de grande importância na atenção primária à saúde. O exame clínico de mama é realizado pelo enfermeiro e pela médica como parte de exame físico geral do usuário e descrito em prontuário clínico.

Do total de 76 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de abrangência da unidade, são acompanhadas 83% (63) das mulheres residentes e cadastradas na unidade. Um total de 8% (5) das mulheres está com mamografia em dia. Do total de mulheres acompanhadas, 92% (58) estão com a mamografia com mais de 3 meses em atraso e 100% (63) receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama e foram avaliadas quanto ao risco para câncer de mama.

As pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na unidade recebem atendimento para estas doenças em dois dias da semana, em ambos os turnos conforme o protocolo do MS. São realizadas ações de orientação sobre hábitos alimentares saudáveis, controle do peso corporal e pesquisa da glicemia. Além disso, realizamos estímulo para prática regular de atividade física e nas palestras falamos sobre os danos provocados aos órgãos alvo causados pelos fatores de risco como consumo excessivo de álcool e tabagismo, alertamos quanto aos sinais de complicações e a importância de manter acompanhamento da doença e cumprir com tratamento e as orientações fornecidas pela médica e pelo enfermeiro.

Estes atendimentos são realizados por profissionais da equipe, médica de família, enfermeiro. Há muitos usuários faltosos às consultas programadas segundo a periodicidade e trabalhamos para a sua recuperação. São atendidos todos os problemas de saúde agudos dos usuários e são ofertados atendimentos especializados quando requerem. Os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos dos usuários. Ainda temos muito que trabalhar na busca ativa de usuários assintomáticos, hipertensos e/ou diabéticos não diagnosticados, que não comparecem às consultas e que apresentam fatores de risco para desenvolver estas doenças e na educação permanente e sistematizada para contribuir e melhorar a qualidade de vida e diminuir a morbimortalidade de hipertensos e/ou diabéticos. Verificamos que a prevalência de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na zona rural não têm correspondência com as pessoas que vivem em grandes cidades.

Temos um total estimado pelo CAP de 268 pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais. Destas, acompanhamos na Unidade um total de 31% (83) dos hipertensos residentes e cadastrados. A realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foi realizada a 100% (83) das pessoas com hipertensão acompanhadas. Um total de 100% (83) também receberam orientações sobre prática de atividade física regular, receberam orientações nutricionais para uma alimentação saudável, estão com os exames complementares periódicos em dia e nenhuma está com atraso das consultas em mais de sete dias e também nenhuma possui avaliação de saúde bucal.

Em relação ao Diabetes Mellitus a cobertura está em 10% (8) do total estimado de 77 diabéticos para a área segundo o CAP. A realização de estratificação de risco cardiovascular foi realizada a 100% (8) e também 100% (8) estão com os exames complementares periódicos em dia, com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, com registro de realização de palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, receberam orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável, receberam avaliação de saúde bucal e nenhuma está em atraso da consulta agendada em mais de sete dias.

O atendimento aos idosos é uma parte muito importante de nosso trabalho. Realizamos atendimento aos idosos dois dias da semana em ambos os turnos seguindo as orientações do protocolo do MS. O mesmo é realizado pela médica e pelo enfermeiro conforme necessidade para todos os idosos da área de abrangência, não existe demanda fora da área de cobertura, após a consulta o idoso sai da Unidade com a próxima consulta programada agendada, existe oferta de atendimento para idosos com problemas de saúde agudos, não existe excesso de demanda de atendimento de idosos e não temos protocolo de atendimento para a pessoa idosa.

São desenvolvidas ações pela equipe da Unidade no cuidado aos idosos como imunizações, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, promoção da saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico da obesidade, diagnóstico do sedentarismo, diagnóstico do tabagismo e encaminhamos para seu tratamento especializado. Realizam-se cuidado domiciliar aos idosos mediante visitas agendadas pelos ACS onde participam o médico, o enfermeiro e o técnico de enfermagem. Também realizamos avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos, fazendo relatório e trabalhando nas dificuldades encontradas.

Acompanhamos 69 idosos perfazendo 70% da estimativa de 98 pessoas com 60 anos ou mais segundo o CAP. Dentre os acompanhados, 84% (58) dos idosos são hipertensos e 7% (5) dos idosos são diabéticos. Em nossa Unidade nenhum dos idosos acompanhados possui caderneta de saúde da pessoa idosa,

nenhum possui investigação de indicadores de fragilização na velhice e nem avaliação de saúde bucal. Um total de 74% (51) está com o acompanhamento em dia, 100% (69) possui avaliação de risco para morbimortalidade realizada; possui Avaliação Multidimensional rápida; receberam orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e sobre a importância da realização de atividades físicas regulares.

Ainda temos muito que trabalhar para melhorar os atendimentos as pessoas idosas, pois elas são mais vulneráveis às doenças crônicas que ocasiona perdas funcionais como da visão, da capacidade de deambulação, que determinam também diminuição da autonomia. A equipe identifica por meio de visitas domiciliares estas doenças, fazendo um processo diagnóstico multidimensional.

Os maiores desafios de nossa Unidade são alcançar melhores indicadores de saúde, realização de exames citopatológicos a todas as mulheres de 25 a 64 anos, melhorar controle pré-natal para que seja iniciado no primeiro trimestre e melhorar todos os atendimentos geralmente.

Nossa equipe de saúde está realizando um trabalho itinerante em populações de difícil acesso para melhorar o estado de saúde da população e fazer detecção de fatores de risco.

Enfrentamos muitas limitações como são a falta de telefone, internet, registros e protocolo de algumas das doenças mais prevalentes, mas buscaremos soluções junto aos gestores, mas além das dificuldades a equipe possui pessoal capacitado, com muita vontade para trabalhar e, para isso conta com o apoio do município.

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

Após realizar a análise situacional e fazendo um paralelo com o texto inicial sobre a situação da ESF/APS em minha UBS chegamos à conclusão que ainda temos muito trabalho a fazer para alcançar melhores indicadores de saúde para nossa população, planejar estratégias para fomentar atividades nos grupos específicos e trabalhar com promoção e prevenção à saúde a fim diminuir os riscos de adoecimento da população pertencente à área de cobertura da unidade

apesar da distância existente entre a UBS e a cidade e, sobretudo pelas dificuldades econômicas enfrentadas pela maioria das pessoas desta comunidade rural.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A atenção integral à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus aponta para o compromisso de prover qualidade de vida no dia a dia destas pessoas. Para isso, as equipes de atenção básica devem atuar de forma a oferecer um cuidado de forma integral, pois a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus por serem doenças crônicas e quando não controladas adequadamente levam a complicações que podem por em perigo a vida das pessoas, pois a HAS, também conhecida como pressão alta, é conceituada como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos e o DM é uma doença do metabolismo caracterizada pelo excesso de glicose no sangue e na urina, que surge quando o pâncreas deixa de produzir ou reduz a produção de insulina, ou ainda quando a insulina não é capaz de agir de maneira adequada (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013a).

A UBS Adalto José Batista, localizada no município Cruzeiro do Sul, no estado do Acre, está composta por 1 equipe multiprofissional integrada por um médica especialista em medicina geral integral, um enfermeiro generalista, um técnico de enfermagem, seis ACS, um odontólogo e um auxiliar de saúde bucal, a estrutura física da unidade é adequada, pois temos consultório médico, de enfermagem, odontológico, sala de vacinas, sala de curativos, farmácia, sala de reuniões, sala de endemias, copa, espaço de limpeza, recepção e contamos com estrutura para deficientes. Quanto aos equipamentos temos balança para adultos, fita métrica, esfigmomanômetro, mas não temos glicômetro, a gestora está

procurando resolver essa carência. Na área de abrangência da Unidade residem 1.527 pessoas totalizando 338 famílias.

Em relação à população alvo da ação programática, acompanhamos agora um total de 83 (31%) pessoas com hipertensão e 8 (10%) pessoas com diabetes cadastrados. As consultas são programadas duas vezes na semana em ambos os turnos. Dos usuários que temos cadastrados, 100% mantêm consultas e exames laboratoriais em dia e todos receberam orientação sobre alimentação saudável que é realizada em grupo mediante palestras e na consulta individual reforçamos as orientações e esclarecemos as dúvidas no momento. Em nosso trabalho destaca-se o papel da equipe de saúde da família na promoção de saúde e a prevenção das complicações, nossa equipe de saúde está tentando dar resposta imediata às necessidades da população, mediante a realização de ações de promoção e prevenção de saúde por meio de palestras sobre os fatores de riscos e possíveis complicações. As ações de promoção da saúde contribuem para proporcionar autonomia ao indivíduo e família, com informações que os tornem capazes de escolher comportamentos positivos para sua saúde. Entretanto, um dos grandes problemas da comunidade reside no fato de um baixo percentual de usuários portadores destas doenças crônicas não cadastradas e sem acompanhamento e/ou tratamento adequado.

Temos a intenção de realizar uma intervenção voltada para a realidade local e que possa servir de base para os profissionais realizarem um atendimento com efetividade. O trabalho será embasado nos protocolos do Ministério da Saúde. Com a intervenção pretendemos aumentar o número de usuários cadastrados e que todos os usuários portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da área compareçam às consultas e/ou sejam visitadas em seu domicílio pelos ACS e pelos demais membros da equipe para realizar avaliações clínicas e orientações de educação e cuidados de higiene. A comunidade em que a intervenção será realizada é rural, tornando mais difícil a adesão das famílias e o deslocamento da equipe de saúde, pois muitas usuários moram muito longe da UBS e outras moram em regiões ribeirinhas de rio onde a assistência pela equipe da unidade e a realização das visitas domiciliares se tornam, as vezes, difícil, mas pretendemos alcançar nossos objetivos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na UBS Adalto José Batista, Cruzeiro do Sul/AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de 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.

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

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

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

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

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

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

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

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

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

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos 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.

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

Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas e visa aprimorar e organizar as ações de prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, na Unidade de Saúde Adalto José Batista, Cruzeiro do Sul/AC. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Serão convidadas a participar da intervenção todas as pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus pertencentes à unidade de saúde hoje estimadas em 232 hipertensos e 57 diabéticos.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1 e 1.2 – Cadastrar 70% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: A realização do monitoramento dos usuários cadastrados no programa de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus será realizada pela médica especializanda, pelo enfermeiro e técnica de enfermagem avaliando semanalmente as fichas-espelho dos usuários que compareceram na semana à unidade.

Organização e gestão do serviço: Garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Esta ação será desenvolvida pela técnica de enfermagem. O usuário ao chegar à unidade será acolhido e em seguida será realizada a verificação da pressão arterial, peso, circunferência do abdome e hemoglicoteste aos usuários diabéticos.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde; informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Esta ação será desenvolvida pela médica especializanda e pelo enfermeiro com apoio da Secretaria da Saúde do município. Realizaremos palestras sob a temática ofertando conhecimento a todos os usuários em relação às patologias. Estas ações compreenderão promoção de hábitos de higiene bucal, alimentação saudável, prática de atividades físicas e informações sobre os fatores de risco responsáveis pelas doenças ou que podem levar ao descontrole das mesmas.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Será realizada a capacitação dos ACS para a realização do cadastramento e do técnico de enfermagem para verificação dos sinais vitais de forma adequada, sob responsabilidade da médica especializanda e do enfermeiro.

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

Meta 2.1 e 2.1 – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: O monitoramento e avaliação em relação ao exame clínico será realizado pela médica especializanda utilizando o protocolo de atendimento do Ministério da Saúde do Programa de Atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e/ou diabéticos; organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: O exame clínico será realizado pela médica especializanda no momento da consulta individual. A versão impressa será disponibilizada na unidade.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: A orientação aos usuários e comunidade em geral será realizada no momento das consultas e em palestras que serão realizadas durante a intervenção. O responsável será a médica especializanda.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: A encarregada pelo exame clínico, a princípio será a médica especializanda, mas o enfermeiro será capacitado pela médica para que a possa auxiliar.

Meta 2.3 e 2.4 – Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: O monitoramento dos exames por meio da verificação dos registros em ficha-espelho de cada usuário será realizado pela médica especializanda auxiliado pelo técnico de enfermagem.

Organização e gestão do serviço: Garantir a solicitação dos exames complementares; garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: A médica especializanda solicitará junto à gestão agilidade para agendamento e realização de exames.

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

Detalhamento: Os usuários serão orientados pela médica especializanda sobre a importância da realização dos exames laboratoriais para acompanhamento da qualidade da saúde e avaliação de riscos.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Os membros da equipe serão capacitados pela médica especializanda por meio do protocolo de atendimento para hipertensos e/ou diabéticos do Ministério da Saúde para conhecer o protocolo de atendimento à população alvo da intervenção.

Meta 2.5 e 2.6 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: O técnico de enfermagem e o enfermeiro realizarão uma avaliação dos medicamentos utilizados pelos usuários, contabilizarão a quantidade de medicamento necessário por mês. O enfermeiro juntamente com a médica especializanda serão os responsáveis pela solicitação dos medicamentos junto ao gestor do município.

Organização e gestão do serviço: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: O controle de estoque de medicamentos (semanal), validade dos mesmos (mensal) e manutenção dos registros adequados das necessidades dos medicamentos (semestral) será responsabilidade do técnico de enfermagem.

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

Detalhamento: Orientaremos a todos os usuários quanto ao direito de terem acesso aos medicamentos. Esta ação será de responsabilidade da médica especializanda no momento da consulta individual.

Qualificação da Prática Clínica: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou do diabetes e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: A médica especializanda buscará junto ao gestor municipal qualificação da prática clínica para os membros da equipe por meio de capacitações sobre a ação programática proposta.

Meta 2.7 e 2.8 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar os hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela médica especializanda junto ao odontólogo da unidade anotando na ficha-espelho do usuário.

Organização e gestão do serviço: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou dos diabéticos; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e/ou dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela médica especializanda na consulta individual que após a avaliação médica encaminhará o usuário para avaliação odontológica da unidade.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Realizaremos quinzenalmente com o apoio do odontólogo palestras para a comunidade para oferecer orientações coletivas e por ocasião das consultas médicas reforçaremos as orientações de forma individual.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou dos diabéticos.

Detalhamento: Manteremos contato com o odontólogo da unidade para que capacite a equipe a fim de realizarmos de forma adequada a avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados no serviço para depois os enviarmos para uma avaliação especializada.

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1 e 3.2 – Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: O cumprimento da periodicidade das consultas será avaliada e monitorada pelo enfermeiro sob supervisão da médica especializanda

por meio da avaliação das fichas-espelho preenchidas no momento da avaliação médica, semanalmente.

Organização e gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: As visitas domiciliares serão organizadas para serem realizadas de forma semanal ou sempre que necessário pelos membros da equipe.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou de diabetes (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: A comunidade será informada pela médica especializanda e pelo enfermeiro por meio de palestras e encontros que serão realizados na comunidade durante a intervenção, quinzenalmente.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Os ACS serão capacitados para orientar a todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos quanto à periodicidade recomendada das consultas em momentos de capacitação realizada em reuniões de equipe.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 e 4.2 – Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: O monitoramento da qualidade dos registros será realizado pela médica especializanda semanalmente por ocasião do preenchimento da planilha eletrônica para o curso.

Organização e gestão do serviço: Manter as informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) atualizadas; implantar a ficha de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir

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

Detalhamento: A atualização das informações no SIAB será de responsabilidade do enfermeiro, mensalmente.

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

Detalhamento: A orientação aos usuários quanto à manutenção dos registros e acesso a segunda via será realizada pela médica especializanda no momento da consulta individual.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: A capacitação da equipe para preenchimento dos arquivos necessários será realizada pela médica especializanda antes do início da intervenção e será lembrada em momentos de reunião de equipe.

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

Meta 5.1 e 5.2 – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: O monitoramento da estratificação de risco será realizado pela médica especializanda em que avaliará o acompanhamento dos usuários em consulta por meio da ficha-espelho e dos arquivos do Programa de Atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: A priorização do atendimento será avaliado em conjunto com o médica especializanda e a técnica de enfermagem será a responsável pelo monitoramento do agendamento.

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

Detalhamento: A médica especializanda no momento da consulta individual abordará sobre o nível de risco de cada usuário e esclarecerá a sobre a importância de mudanças de hábitos para o controle dos fatores de risco modificáveis e encaminhará para o atendimento da profissional nutricionista da equipe do NASF os casos que necessitarem de acompanhamento.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo em especial a avaliação dos pés; capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: A capacitação sobre identificação de lesões em pés e sinais de alerta que podem levar a danos em órgãos alvos será realizada pela médica especializanda a todos os membros da equipe a fim de que o atendimento possa ser realizado no momento da identificação de alguma alteração.

Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1 e 6.1 – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou dos diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou aos diabéticos.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela médica especializanda junto à nutricionista da equipe do NASF.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Será mantido contato com a nutricionista da equipe do NASF para que auxilie no desenvolvimento desta ação junto aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Engajamento Público: Orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Serão organizados momentos de palestras mensais com a profissional nutricionista da equipe do NASF para orientação aos usuários hipertensos e/ou diabéticos bem como organizar junto a ela uma agenda para atendimento individual, quando necessário.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: A profissional nutricionista será convidada a capacitar os membros da equipe para que todos possam fornecer orientações adequadas quanto à alimentação saudável aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.3 e 6.4 – Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: O monitoramento desta ação será realizada pela médica especializanda no momento da consulta individual anotando na ficha-espelho.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: A médica especializanda solicitará junto ao gestor do município a organização de práticas coletivas de orientação de atividade física e convidaremos o educador físico da equipe do NASF para que na unidade sejam realizadas ações educativas neste sentido.

Engajamento Público: Orientar hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Se não houver a possibilidade de participação do educador físico, membro da equipe do NASF, a equipe orientará aos usuários quanto a importância de realização de atividades físicas para melhoria da qualidade de vida de todos os hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pelo serviço.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Para capacitar a equipe em relação a prática de exercícios físicos para os usuários hipertensos e/ou diabéticos solicitaremos a parceria do educador físico da equipe do NASF.

Meta 6.5 e 6.6 – Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: A médica especializanda orientará sobre os riscos ocasionados pelo tabagismo e sobre maiores riscos para doenças cardiovasculares em hipertensos e/ou diabéticos e monitorará por meio de registros na ficha-espelho se as orientações foram ou não fornecidas.

Organização e gestão do serviço: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: A médica especializanda solicitará junto ao gestor a disponibilização de medicamentos para combate ao tabagismo em usuários hipertensos e/ou diabéticos objetivando abandonar o vício e, assim diminuindo os riscos para a saúde de todos.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Todos os usuários serão orientados por meio de palestras realizadas pela médica especializanda em conjunto com a equipe do NASF.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Para a qualificação da equipe quanto ao tratamento de usuários tabagistas solicitaremos parceria de um profissional psicólogo junto à equipe do NASF para orientação da equipe de como realizar o manejo dos usuários tabagistas.

Meta 6.7 e 6.8 – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: A médica especializanda será a responsável pelo monitoramento da orientação sobre higiene bucal para os usuários hipertensos e/ou diabéticos por meio da revisão da ficha-espelho dos usuários em momento da consulta individual junto ao odontólogo da unidade.

Organização e gestão do serviço: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Reservaremos dois dias específico para a realização das consultas, sem prejuízo dos demais atendimentos, agendando os usuários garantindo que o tempo médio de consulta seja suficiente para fazer avaliação integral dos mesmos. A organização da agenda será de responsabilidade da recepcionista e dos ACS.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: A orientação aos usuários e familiares será realizada pela médica especializanda e será solicitado ao odontólogo da unidade para que reforce as orientações no momento da avaliação individual. Também em momento de palestras a temática será lembrada com o apoio do profissional odontólogo.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Solicitaremos apoio do odontólogo da unidade para que capacite os membros da equipe para que todos possam oferecer orientações adequadas às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus quanto à importância da manutenção de uma higiene bucal adequada.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 70% 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 70% 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 da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

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

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado 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 apropriado 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/Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

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/Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

Denominador: Número de 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 de hipertensos e/ou diabéticos 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 às consultas médicas com busca ativa.

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

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas 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 hipertensos 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 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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 regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Para o desenvolvimento da ação programática quanto à qualificação da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus utilizaremos os Cadernos de Atenção Básica “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica” do Ministério da Saúde, 2013. Para o registro dos dados coletados utilizaremos as fichas-espelho (Anexo C) disponibilizadas pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e para o monitoramento além da ficha-espelho lançaremos semanalmente os dados na Planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo B), também disponibilizada pelo curso.

Solicitaremos à gestão municipal o material necessário para a intervenção como balanças, antropômetro para as consultas clínicas, versão impressa dos protocolos, material impresso utilizado para a divulgação da intervenção, impressão das fichas-espelho para os registros além de papel, caneta, transporte para realizar as visitas domiciliares, pois se trata de uma população rural onde as casas são muito distantes umas das outras.

Para organizar o registro específico do programa, vamos revisar os prontuários e por meio de visitas domiciliares realizadas pelos ACS intensificaremos as buscas de usuários hipertensos e/ou diabéticos. Com a revisão dos prontuários transcreveremos todas as informações disponíveis no mesmo para a ficha-espelho e no momento da consulta clínica complementaremos os dados faltantes e inseriremos o usuário na intervenção. Garantiremos que todos os usuários saiam da consulta com a data marcada do

próximo atendimento que será registrada no prontuário para poder dar seguimento ao acompanhamento.

Para ampliar a cobertura vamos realizar capacitações para a equipe quanto ao acolhimento dos usuários portadores de doenças crônicas. Além disso, capacitaremos a equipe sobre a hipertensão e o diabetes, forneceremos as informações à equipe que deverão ser fornecidas aos usuários e à comunidade em geral sobre o Programa de saúde. Convidaremos o odontólogo da unidade para participar conosco das capacitações e também para que contribua orientando a equipe para fazer uma adequada avaliação da saúde bucal.

Para melhorar a adesão capacitaremos aos ACS para que saibam identificar usuários hipertensos e/ou diabéticos em atraso, através dos prontuários clínicos e da criação de uma tabela com os nomes dos usuários, dados gerais anexando a data da próxima consulta para facilitar a busca dos faltosos. Capacitar a equipe para esclarecer à comunidade a importância do atendimento em saúde bucal. Capacitar as ACS para realização de buscas dos usuários faltosos ao tratamento odontológico e a consulta médica. Estas ações também serão realizadas pela médica e pelo enfermeiro na Unidade.

Para a melhoria da qualidade do atendimento, faremos treinamento, semanalmente, de técnicas adequadas para realização da triagem enfatizando na tomada de pressão arterial criteriosa em reuniões da equipe em que a médica especializanda e o enfermeiro apresentarão as técnicas corretas da tomada de pressão arterial.

Na organização e gestão dos serviços temos que acolher todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos da UBS Adalto José Batista, em todos os horários de funcionamento da UBS, com prioridade de agendamento. Cadastrar e priorizar o atendimento destes usuários nas consultas. A recepcionista será orientada pela equipe a agendar no mesmo dia dez usuários. O acolhimento dos usuários que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Usuários com atraso nas consultas serão agendadas para a quinta feira à tarde, usuários que vieram à consulta de acompanhamento sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

No que se refere à melhoria dos registros das informações, treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento

dos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS. Esta capacitação será realizado pelo enfermeiro e pela médica em reunião mensal. E no que se refere à promoção de saúde vamos informar aos profissionais sobre os principais fatores de risco para desenvolver HAS e/ou DM e suas possíveis complicações bem como suas formas de prevenção. Sob responsabilidade da médica e do enfermeiro, duas vezes na semana.

Toda a equipe de saúde da Unidade estará apta a informar à comunidade. Além disso, disponibilizaremos cartazes e *folders* divulgando a ação, os quais serão confeccionados e disponibilizados na Unidade, em número suficiente. Sob responsabilidade da médica especializanda e com recursos financeiros da gestão municipal.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Nas primeiras semanas de início da implementação do projeto da intervenção começamos a implementar na comunidade o projeto para melhorar a assistência à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Adalto José Batista, na comunidade de Liberdade do município Cruzeiro do Sul estado do Acre, a semana começou especificamente no dia 13/04/2015.

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

Iniciamos a intervenção com a capacitação de toda a equipe de saúde referente ao tema de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus solicitando ajuda da gestora e da secretaria municipal. Foi disponibilizado o manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde na versão impressa, pois a UBS ainda não está informatizada. Neste primeiro momento também foi informado sobre a intervenção aos principais líderes das diferentes instituições da comunidade como as igrejas, grupo de senhoras e associação de moradores da região; foi também realizada a divulgação da intervenção à população geral especificamente para usuários com estas doenças crônicas mediante palestras na unidade de saúde em que houve participação de todos os usuários que estavam aguardando atendimento. Além disso, foi realizada divulgação individual em cada

visita domiciliar realizada pela equipe de saúde e, especialmente pelos ACS informando sobre a intervenção a cada usuário visitado e sua família.

Durante este período de 12 semanas foram desenvolvidas diversas atividades além da capacitação para os profissionais da equipe de saúde também houve a organização do agendamento das consultas médicas e para avaliação odontológica; foram realizadas visitas domiciliares aos usuários que não compareciam à consulta agendada e aos que tinham dificuldade para sua ir até a Unidade; foram realizadas também múltiplas palestras direcionadas a educação da população alvo feito pelos ACS, enfermeira e médica especializanda. A estratificação de risco foi realizada baseada no escore de Framingham nos usuários, agendamos os exames laboratoriais. Os usuários foram orientados sobre saúde bucal, dieta saudável, importância da prática de atividade física. Todas as orientações foram reforçadas individualmente em cada consulta além das orientações em palestras de grupo.

Os medicamentos usados pelos usuários hipertensos e/ou diabéticos são os disponibilizados pela farmácia popular e fornecemos prescrição, os dados foram registrados em prontuário clínico individual e ficha-espelho. Orientamos a cada usuário no atendimento individual sobre a importância de fazer o tratamento e de manter consulta de acompanhamentos em dia além de alertarmos a todos sobre os fatores de riscos e como modificar os mesmos para evitar possíveis complicações além de preveni-las. Além disso, foram realizadas atividades com a população por uma equipe multidisciplinar da Secretaria de Saúde como nutricionista e treinadora física. Atualizamos os dados dos usuários novos no cadastro da farmácia para assim manter um controle adequado da medicação necessária utilizadas por eles.

Todos os usuários que chegam à Unidade têm suas necessidades acolhidas. O atendimento para os usuários hipertensos e/ou diabéticos foi realizado em dois dias, nos dois turnos com agendamento prévio. Os usuários foram acolhidos ao chegar a UBS pela enfermeira e pela técnica de enfermagem na sala de triagem para realizar os procedimentos correspondentes à medida de sinais vitais e medidas antropométricas. Os valores dos sinais vitais foram registrados no prontuário e logo a seguir na ficha-espelho. Desde o começo da intervenção a enfermeira, a técnica de enfermagem e os ACS trabalharam na

busca dos usuários faltosos às consultas já cadastrados na UBS revisando os prontuários para sua busca ativa na comunidade.

Em cada consulta realizamos a estratificação de risco cardiovascular de acordo com o protocolo, avaliamos os resultados de exames complementares e os que não tinham exames em dia era realizada a solicitação e agendamento de forma que o usuário saía da consulta com a data em que deveria comparecer no laboratório para fazer a coleta. O tratamento medicamentoso é da lista do HIPERDIA e no caso de não ter o medicamento disponível no momento é providenciado junto à Farmácia Popular, mas no período da intervenção não houve necessidade.

Em relação ao tratamento não farmacológico foram realizadas ações individuais pela equipe como orientação de hábitos alimentares saudáveis, para o controle de peso corporal, de estímulo à prática regular da atividade física, orientação sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e tabaco e sobre higiene bucal. Sempre explicamos aos usuários como reconhecer sinais de complicações das suas doenças. Após consulta o usuário saía da UBS com a próxima consulta agendada.

As fichas-espelho foram revisadas com frequência semanal objetivando encontrar os usuários faltosos às consultas. Durante o período da intervenção foram avaliados 108 usuários, destes 108 hipertensos e 9 diabéticos. Apesar de ser um resultado positivo a equipe consenso mudar as condições dos usuários não se alcançou a meta proposta.

Quanto às dificuldades relatamos a falta de comprometimento por parte de alguns usuários ao não comparecerem às consultas médicas e odontológicas agendadas. Diante dessa realidade, foi necessária a busca ativa pelos ACS por meio da visita domiciliar e, estas muitas vezes foram realizadas a usuários que moravam em áreas de difícil acesso.

Insistimos na realização de pequenas palestras na sala de espera da Unidade diariamente com temáticas diferentes para abordar o maior número de assuntos sempre lembrando a importância da intervenção para qualificar a assistência dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, mas mesmo assim não conseguimos alcançar o resultado esperado.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Apesar de não alcançarmos a meta proposta, todas as ações previstas foram desenvolvidas e continuamos com o trabalho dia a dia para incorporar novos usuários para que participem de maneira a melhorar assim a qualidade de vida. O trabalho foi realizado em equipe com muito amor o que é uma característica de todos os profissionais da UBS Adalto José Batista.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Tivemos dificuldades na coleta do indicador relativo à cobertura do programa de atenção ao hipertenso e/ou diabético, pois alcançamos um total de 46,6% do número de hipertensos e um total de 15,8% do número de diabéticos, esperamos alcançar a meta proposta no trabalho do dia a dia. O restante dos indicadores foi alcançado com uma porcentagem satisfatória. As fichas-espelho e a planilha de coleta de dados foram de fácil preenchimento e para a análise dos dados não houve dificuldades.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações desenvolvidas durante a intervenção já fazem parte do nosso dia a dia de trabalho. A intervenção realmente foi positiva ainda que os objetivos não pudessem ser alcançados na sua totalidade, mas a equipe decidiu continuar realizando as atividades com a mesma dedicação.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Foi realizada entre os meses de abril e julho de 2015 uma intervenção em saúde objetivando a melhoria do atendimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS Adalto José Batista, situada na BR 364, na comunidade Liberdade, do município Cruzeiro do Sul, no estado do Acre. Esta UBS possui entre a sua população total de 1.527 pessoas pertencente à sua área de abrangência uma estimativa de 232 pessoas portadoras de hipertensão e 57 pessoas portadores de diabetes, ambos grupos com 20 anos ou mais. A seguir, apresentamos os objetivos, suas respectivas metas e os resultados alcançados.

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

Meta 1.1. Cadastrar 70% 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.

Meta 1.2. Cadastrar 70% 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.

A estimativa de pessoas com hipertensão para a área de cobertura da unidade era de 232 pessoas com 20 anos ou mais. Conforme a **Figura 1**, ao final da intervenção foi avaliado um total de 101 usuários hipertensos perfazendo 43,5% de cobertura do Programa de atenção ao hipertenso. Como vemos na figura 1 no primeiro mês de intervenção a cobertura alcançou 15,9%, ou seja, 37 usuários hipertensos cadastrados e avaliados. No segundo mês chegou a 34,1%,

ou seja, 79 usuários com hipertensão foram avaliados pelo Programa e no terceiro mês alcançamos um total de 43,5% perfazendo 101 usuários portadores de hipertensão avaliados e cadastrados.

A estimativa de pessoas com diabetes mellitus para a área de abrangência era de 57 pessoas com 20 anos ou mais. Conforme a **Figura 2**, ao final das 12 semanas de intervenção, como podemos ver na figura 2 um total de 15,8% (9) de portadores de diabetes foram cadastrados e avaliados pelo Programa. Assim, ao longo do primeiro mês 3,5% (2) foram cadastrados e avaliados pelo serviço, no segundo mês alcançamos 12,3% (7) dos usuários com diabetes e durante o terceiro mês chegamos a 15,8% (9) de usuários portadores de diabetes mellitus cadastrados e avaliados pelo serviço.

Analisando os dados percebe-se que a meta proposta inicialmente de alcançar 70% de cobertura não foi atingida e que ficou muito distante do planejado tanto para o grupo de hipertensos quanto para o de diabéticos. As causas de não termos conseguido alcançar metas residem no fato da redução do tempo para desenvolver as ações, pois se trata de uma população rural e de difícil acesso à unidade de saúde, mas apesar de não termos alcançado as metas propostas à intervenção houve melhorias quanto a qualidade de vida dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e as atividades serão mantidas na rotina do serviço da equipe de saúde da UBS Adalto José Batista.

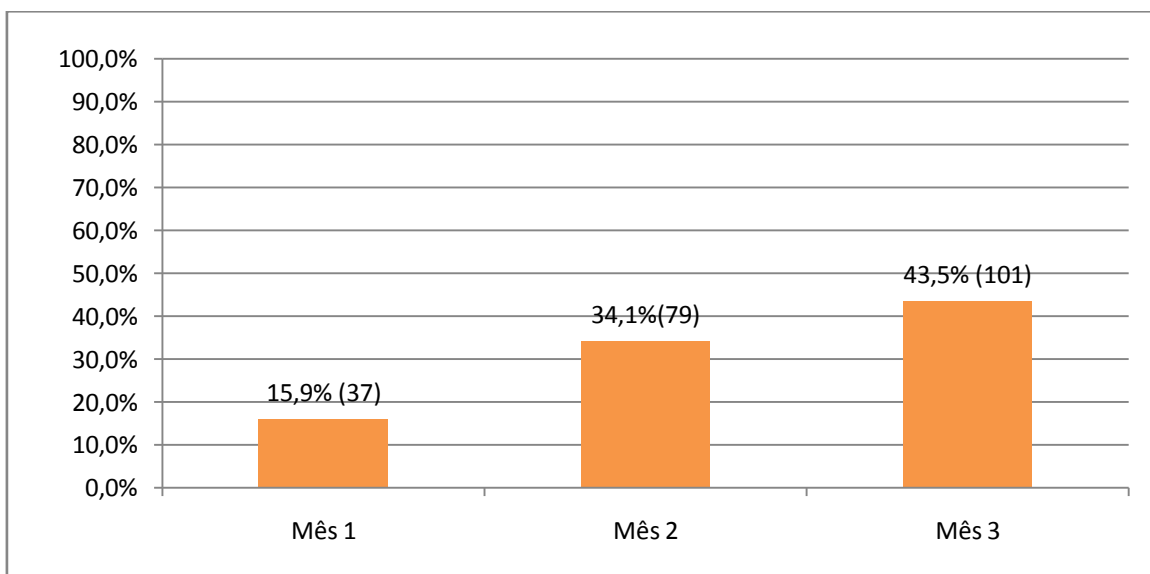


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde na UBS Adalto José Batista, do município Cruzeiro do Sul, AC, 2015.

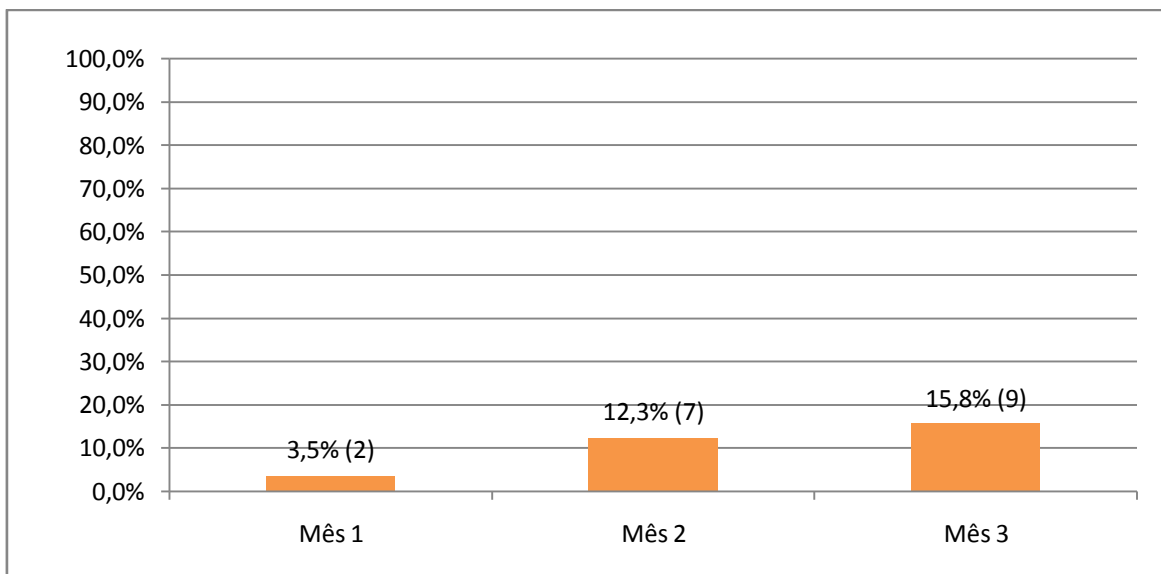


Figura 2 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde na UBS Adalto José Batista, do município Cruzeiro do Sul, AC, 2015.

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

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

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

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

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Com relação ao exame clínico apropriado, no primeiro mês foi realizado em 37 (100%) pessoas com hipertensão e em 2 (100%) pessoas com diabetes, no segundo mês em 79 (100%) pessoas com hipertensão e 7 (100%) pessoas com diabetes e no terceiro mês 101 (100%) pessoas com hipertensão e 9 (100%) pessoas com diabetes.

O exame clínico apropriado foi realizado de acordo com o protocolo em que avaliamos o estado clínico dos usuários de forma individual e investigamos a presença de fatores de riscos bem como fornecemos orientações de forma coletiva mediante palestras sobre o tema e reforçamos as orientações de forma individual na consulta médica quanto ao reconhecimento de sinais de alarme e possíveis complicações causadas pelas doenças.

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.

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.

Indicamos a realização de exames complementares seguindo a periodicidade que estabelece o protocolo do Ministério da Saúde. Durante o primeiro mês de intervenção 37 (100%) pessoas com hipertensão e 2 (100%) pessoas com diabetes estavam com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no segundo mês um total de 79 (100%) pessoas com hipertensão e 7 (100%) pessoas com diabetes os realizaram mantendo em dia os exames complementares recomendados e finalizamos a intervenção alcançando ao final do terceiro mês um total de 101 (100%) pessoas com hipertensão e 9 (100%) pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

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 priorizada.

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 priorizada.

Durante a intervenção 100% dos usuários com hipertensão e/ou com diabetes mellitus que foram avaliados no serviço aceitaram fazer uso da medicação disponibilizada pela farmácia popular. Assim, a todos foi fornecida a prescrição dos medicamentos. No primeiro mês foi fornecida a prescrição dos medicamentos a um total de 37 pessoas com hipertensão e a 2 pessoas com diabetes; no segundo mês a 79 pessoas com hipertensão e a 7 pessoas com diabetes e no terceiro mês a 101 pessoas com hipertensão e a 9 pessoas com diabetes estavam com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. Assim,

alcançamos a meta de 100% quanto à prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada para os usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pelo serviço de saúde durante a intervenção. Na farmácia da UBS há a maioria dos medicamentos básicos usados para tratar as duas doenças.

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.

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.

A necessidade de atendimento odontológico foi avaliada em 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados durante a intervenção. Todos foram avaliados em momento de consulta individual realizada pela médica especializanda e foram encaminhados ao serviço odontológico para uma avaliação pormenorizada por pessoal qualificado e específico da área.

No primeiro mês receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico 37 (100%) pessoas com hipertensão e 2 (100%) pessoas com diabetes, no segundo mês 79 (100%) pessoas com hipertensão e 2 (100%) pessoas com diabetes foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico e, no terceiro mês 101 (100%) pessoas com hipertensão e 2 (100%) pessoas com diabetes foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos 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 às consultas médicas com busca ativa.

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 às consultas médicas com busca ativa.

Durante os três mês da intervenção foi feita a busca ativa aos 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos faltosos, a principal causa de essas faltas foram devido ao difícil acesso à UBS, mas com a ajuda dos ACS e toda equipe, a busca ativa feita.

A proporção de faltosos às consultas com necessidade de busca ativa no primeiro mês foi de 31 usuários com hipertensão 2 usuários com diabetes e 100% foram buscados pelos ACS. Dentre os usuários hipertensos avaliados durante o segundo mês houve 45 usuários hipertensos faltosos e 3 usuários com diabetes faltosos e também 100% dos usuários hipertensos e diabéticos foram recuperados por meio da busca ativa. Ao longo do terceiro mês os indicadores se mantiveram conforme apresentado no segundo mês. Portanto, não houve faltosos e nem busca ativa no terceiro mês.

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.

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.

Neste indicador no primeiro mês 37 (100%) pessoas com hipertensão e 2 (100%) pessoas com diabetes estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês 79 (100%) pessoas com hipertensão e 7 (100%) pessoas com diabetes, no terceiro mês 101 (100%) pessoas com hipertensão e 9 (100%) pessoas com diabetes estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento (ficha-espelho disponibilizada pelo curso).

As fichas-espelho foram organizadas semanalmente pela técnica de enfermagem e monitoradas pela enfermeira. Desta forma, o trabalho foi facilitado quando necessário a busca da ficha-espelho para o momento de avaliação da consulta individual de cada usuário. Neste momento a ficha foi atualizada

mantendo os registros de forma adequada para todos os usuários acompanhados.

Objetivo 5- Mapear hipertensos e/ou 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.

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.

No primeiro mês foi realizada a estratificação de risco cardiovascular a 37 (100%) pessoas com hipertensão e a 2 (100%) pessoas com diabetes, no segundo mês a 79 (100%) pessoas com hipertensão e 7 (100%) pessoas com diabetes hipertensos e, no terceiro mês a 101 (100%) pessoas com hipertensão e 9 (100%) pessoas com diabetes. A estratificação de risco foi realizada por meio do exame clínico e utilização do escore de Framingham e todos os usuários receberam informações quanto aos fatores de riscos modificáveis e não modificáveis a fim de contribuir para a melhoria da qualidade de vida.

Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

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.

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.

Quanto à orientação nutricional sobre alimentação saudável as orientações foram fornecidas a 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Assim, durante o primeiro mês um total de 37 (100%) pessoas com hipertensão e 2 (100%) pessoas com diabetes receberam orientação nutricional

saudável, no segundo mês estas orientações foram fornecidas a 79 (100%) pessoas com hipertensão e a 7 (100%) pessoas com diabetes e finalizamos o terceiro mês da intervenção com um total de 101 (100) pessoas com hipertensão e 9 (100%) pessoas com diabetes orientadas quanto à importância de uma alimentação saudável. Estas orientações foram fornecidas durante as consultas realizadas pela médica especializada de forma individual e em palestras que foram realizadas pelos ACS na UBS com múltiplas dicas de como alimentar-se bem e de forma saudável.

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

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

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

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

Um total de 100% dos portadores de hipertensão e/ou diabetes acompanhados na intervenção (101 pessoas com hipertensão e 9 pessoas com diabetes) receberam orientação sobre a importância regular da prática de atividade física. Assim, durante o primeiro mês um total de 37 (100%) pessoas com hipertensão e 2 (100%) pessoas com diabetes receberam orientação sobre a importância regular da prática de atividade física, no segundo mês estas orientações foram fornecidas a 79 (100%) pessoas com hipertensão e a 7 (100%) pessoas com diabetes e finalizamos o terceiro mês da intervenção com um total de 101 (100) pessoas com hipertensão e 9 (100%) pessoas com diabetes orientadas sobre a importância regular da prática de atividade física.

As orientações sobre prática regular de atividade física foram oferecidas durante as consultas realizadas pela médica especializada na própria UBS e por meio de palestras para os usuários hipertensos e/ou diabéticos. Além disso, foram realizadas atividades com participação de uma equipe multidisciplinar composta entre outros profissionais pela treinadora física quem ajudou muito nas orientações sobre atividade física levando em conta que a maioria de nossos usuários são idosos e que tem limitações físicas próprias da idade.

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

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

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

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

Um total de 100% dos portadores de hipertensão e/ou diabetes acompanhados na intervenção (101 pessoas com hipertensão e 9 pessoas com diabetes) receberam orientação sobre orientação sobre os riscos do tabagismo. Assim, durante o primeiro mês um total de 37 (100%) pessoas com hipertensão e 2 (100%) pessoas com diabetes receberam orientação sobre orientação sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês estas orientações foram fornecidas a 79 (100%) pessoas com hipertensão e a 7 (100%) pessoas com diabetes e finalizamos o terceiro mês da intervenção com um total de 101 (100) pessoas com hipertensão e 9 (100%) pessoas com diabetes orientadas sobre orientação sobre os riscos do tabagismo.

As orientações sobre os riscos e malefícios do tabagismo aos portadores de hipertensão e/ou diabetes mellitus foram ofertadas em todos os momentos de consulta individual e encontros com o grupo durante a intervenção, pois este é um fator de risco importante que pode comprometer a qualidade de vida tanto dos usuários hipertensos quanto dos diabéticos. Também foi tema de uma das palestras oferecidas para a comunidade.

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

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

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

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

A 100% dos portadores de hipertensão e/ou diabetes acompanhados na intervenção (101 pessoas com hipertensão e 9 pessoas com diabetes) receberam orientação sobre higiene bucal. Assim, durante o primeiro mês um total de 37 (100%) pessoas com hipertensão e 2 (100%) pessoas com diabetes receberam orientação sobre higiene bucal, no segundo mês estas orientações foram fornecidas a 79 (100%) pessoas com hipertensão e a 7 (100%) pessoas com diabetes e finalizamos o terceiro mês da intervenção com um total de 101 (100) pessoas com hipertensão e 9 (100%) pessoas com diabetes orientadas sobre higiene bucal.

Assim como as demais orientações, as de higiene bucal também foram oferecidas aos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados durante a intervenção por meio de palestras, nas consultas individuais realizadas pela médica especializanda e nas consultas odontológicas de forma individual a cada usuário atendido.

4.2 Discussão

Resumo do que alcançou com a intervenção

Na unidade básica de saúde Adalto José Batista o projeto de intervenção referente à melhoria da atenção dos pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, melhorou a cobertura de atenção dos pacientes alvos, melhorou o registro e a qualidade da atenção.

Importância da intervenção para a equipe

Com a implementação da intervenção a equipe ficou mais unida já que foi preciso trabalhar com integralidade, mais capacitada quanto aos protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus, pois já durante o processo de implementação da intervenção realizamos várias capacitações para todos os profissionais da equipe.

Durante o transcurso da intervenção realizamos reuniões com a equipe para estabelecer as atribuições de cada membro da equipe, foram realizadas as buscas ativa dos faltosos bem como cadastramento de novos usuários o que contribui no transcurso da intervenção para o aumento do índice de cobertura e obtenção de um cadastro atualizado da área de abrangência. Aproveitamos cada uma das atividades e reuniões realizadas na comunidade para explicar a

importância da intervenção. Além disso, foram realizadas orientações nutricionais sobre alimentação saudável, importância da prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, saúde bucal entre outros, tanto em consulta individual como nas atividades educativas, além das visitas domiciliares com a participação da enfermeira, da médica e dos ACS.

As consultas médicas foram realizadas integralmente com o exame clínico, a prescrição de exames complementares, a prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular, o registro adequado da ficha de acompanhamento, a avaliação do risco cardiovascular, entre outras atividades desenvolvidas diariamente como, por exemplo, palestras. Também é importante destacar o trabalho realizado pelos técnicos de enfermagem como a tomada das medidas de sinais vitais e mensurações, assim como também o trabalho da recepção no agendamento das consultas nos horários previamente programados e o papel desenvolvido pela odontóloga que ajudou muito no desenvolvimento das ações previstas para a intervenção.

Trabalhando todos em conjunto, a equipe de saúde da UBS Adalto José Batista conseguiu fazer um ótimo trabalho entregando amor e segurança aos usuários acompanhados em cada ação desenvolvida tendo como intenção melhorar a saúde da comunidade.

Importância da intervenção para o serviço

Além da equipe ficar mais unida após o desenvolvimento da intervenção, esta deixou muitas coisas boas como a melhoria dos registros que foi evidente e ajudou na busca ativa e o agendamento dos usuários alvos melhorando assim a cobertura de atenção.

Também melhorou o acolhimento, a qualidade na atenção, os indicadores, ajudou na organização dos prontuários e registros das fichas de acompanhamento dos usuários e atualizou o arquivo específico destas fichas.

Importância da intervenção para a comunidade

A comunidade onde foi implementada a intervenção é uma comunidade rural em que a população mora muito distante com difícil acesso, situação que dificultou a participação de maior número de usuários, mas destacamos que os usuários que fizeram parte da intervenção ficaram satisfeitos com a nova forma de atendimento, sobretudo com a facilidade para serem avaliados pela

odontóloga e realizar exames laboratoriais. A população de forma geral demonstrou satisfação com a implementação das ações por meio da intervenção, gostaram das palestras realizadas antes de iniciar cada atendimento aumentando assim a educação em saúde para a comunidade. Também melhorou o acolhimento, a relação entre a equipe e comunidade, ajudou na troca de ideias, experiências e conhecimentos e facilitou a realização de atividades educativas com a comunidade para uma melhor qualidade de vida da população.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento

A intervenção ajudou a equipe aprender e ganhar em experiência e conhecimento sendo que se fosse iniciar neste momento a intervenção trabalharia mais fortemente nas visitas domiciliares já que o acesso à UBS é difícil para os usuários, intensificaria ainda mais as pesquisas de usuários que não estão cadastrados ainda para conseguir ampliar a cobertura e com ela melhorar a atenção à saúde da população portadora de hipertensão e/ou diabetes, mas já estamos no final e só resta manter a rotina e continuar melhorando a atenção da saúde da população.

Viabilidade de incorporar sua intervenção a rotina do serviço/ que melhorias pretende fazer na intervenção

A intervenção formará parte da rotina do trabalho da equipe, ampliando o trabalho de conscientização da comunidade em relação com a necessidade de priorização da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, enfatizando aqueles de risco. Manteremos a busca ativa para o cadastramento de novos usuários alvos e continuaremos melhorando a atenção.

Quais os próximos passos

Ainda há muito trabalho pela frente, um bom começo seria uma reunião com a coordenadora da UBS para ver a possibilidade de disponibilizar o carro para aumentar as visitas domiciliares e melhorar o atendimento para a população que mora nas margens do rio já que tem dificuldades para assistir às consultas na unidade de saúde. Também, outro ponto importante a levar-se em consideração partindo da experiência da intervenção seria a implementação de qualificação de outras ações em que a comunidade esteja mais carente.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor:

A intervenção referente à melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Adalto José; Batista, Cruzeiro do Sul/AC foi desenvolvido no período de 12 semanas, com o envolvimento de toda a equipe da UBS e apoio da secretaria municipal de saúde. Esta intervenção também é requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas/RS em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

As doenças crônicas especificamente HAS e a DM encontram-se entre as primeiras causas de morbimortalidade dos países desenvolvidos e são fatores desencadeantes de outras doenças como insuficiência renal, retinopatias, acidentes cerebrovasculares, incapacidades locomotoras por amputação de membros e outras incapacidades causadas que também influenciam na qualidade de vida das pessoas e que por sua vez medem a qualidade do sistema de saúde, além de serem doenças acompanhadas pelo Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes (conhecido como HIPERDIA) e constituí-se em uma das ações programáticas importantes no contexto da atenção primária à saúde entre as doenças não transmissíveis.

A escolha em trabalhar com o grupo de hipertensos e diabéticos na unidade se deu a partir da necessidade de uma melhor organização do serviço e uma atenção com qualidade à população objetivando diminuir o índice de morbimortalidade e aumentar a cobertura para estas doenças, pois a maioria dos usuários recebia atendimento por demanda espontânea o que não permitia um adequado acompanhamento conforme preconiza o programa.

É importante mencionar que antes da intervenção, a unidade de saúde acompanhava um número reduzido de pessoas com hipertensão e/ou diabetes e apesar de não termos alcançados a meta desejada conseguimos aumentar mais um pouco a cobertura e todos os avaliados estão com os exames clínicos e laboratoriais em dia, foram avaliados pela dentista e todos receberam orientações de vida saudável e continuaremos trabalhando para aumentar cada vez mais a cobertura. Ao final das 12 semanas concluímos a intervenção com uma cobertura de 43,5% (101) de pessoas com hipertensão e 15,8% (9) de pessoas com diabetes. Este percentual não deixa a equipe de saúde satisfeita, mas continuaremos trabalhando para melhorias.

Para a realização deste trabalho foi elaborado um cronograma para acompanhar a realização das ações previstas no projeto permitindo uma organização eficaz das mesmas. Para garantir um atendimento de qualidade à população foram realizadas capacitações sobre os protocolos do Ministério da Saúde sobre hipertensão e diabetes mellitus, com participação ativa de todos os profissionais da unidade. Assim, com a intervenção alcançamos os seguintes resultados que disponibilizamos na **Figura 3** a seguir:

Indicadores	Antes da intervenção HIPERTENSOS*	Após a intervenção HIPERTENSOS	Antes da intervenção DIABÉTICOS*	Após a intervenção DIABÉTICOS
Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e/ou ao diabético na unidade de saúde.		43,5% (101)		15,8% (9)
Realização de exame clínico em hipertensos e/ou diabéticos		100% (101)		100% (9)
Realização de exames complementares em hipertensos e/ou diabéticos		100% (101)		100% (9)
Prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA aos hipertensos e/ou diabéticos		100% (101)		100% (9)
Avaliação da necessidade de atendimento odontológico de hipertensos e		100% (101)		100% (9)

diabéticos				
Busca de hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas		100%(45)		100%(3)
Registro adequado em fichas-espelho ou de acompanhamento de hipertensos e/ou diabéticos		100% (101)		100% (9)
Realização da estratificação do risco cardiovascular em hipertensos e/ou diabéticos		100% (101)		100% (9)
Orientação nutricional à hipertensos e/ou diabéticos		100% (101)		100% (9)
Orientação sobre a prática de atividade física a hipertensos e/ou diabéticos		100% (101)		100% (9)
Orientação sobre os riscos do tabagismo a hipertensos e/ou diabéticos		100% (101)		100% (9)
Orientações sobre higiene bucal a hipertensos e/ou diabéticos		100% (101)		100% (9)

Figura 3 – Quadro demonstrativo da situação da UBS Adalto José Batista, Cruzeiro do Sul/AC anterior e após a intervenção realizada na unidade de fevereiro a junho de 2015.

*apresentamos em branco as colunas antes da intervenção pelo fato de não termos dados fidedignos anteriores à realização desta

Foi realizado em cada atendimento individual o exame clínico, solicitação de exames, prescrição de medicamentos da farmácia popular e/ou da lista do Programa Hiperdia, avaliação do risco cardiovascular para as duas doenças e orientações sobre hábitos de vida saudável como, por exemplo, orientação de saúde bucal, alimentação saudável, prática de atividade física, todas as ações desenvolvidas foram organizadas e previamente planejadas estabelecendo um cronograma de trabalho. Também mantivemos registro adequado na UBS utilizando as fichas-espelho disponibilizadas pelo curso e impressas pela gestão bem como mantivemos registros no prontuário clínico dos usuários.

No transcurso da intervenção foram realizadas visitas domiciliares priorizando aqueles usuários que apresentavam dificuldades para comparecer à unidade, faltosos às consultas e aos que necessitavam de assistência médica de

forma imediata, não foi possível realizar mais visitas domiciliares porque infelizmente no período de intervenção as chuvas fizeram praticamente intransitáveis as estradas em nossa região.

Foram realizadas reuniões de equipe ao final de cada mês com o objetivo de discutir os principais problemas encontrados e encontrar solução além de identificar os faltosos traçando metas de como alcançá-los. Durante toda a intervenção realizamos palestras sobre diversos temas como alimentação saudável, importância da atividade física, saúde bucal, hábitos tóxicos como o tabagismo. Além das palestras realizamos atividades para cadastramento de novos casos e neste momento agradecemos pelo apoio recebido por parte da gestora da UBS e da secretaria municipal.

Apesar de não termos alcançada a meta de 70% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, todas as ações previstas foram desenvolvidas segundo o planejado no cronograma. Com a intervenção a comunidade e a equipe de saúde ganhou quanto à melhoria do acolhimento, na qualidade na atenção médica, no controle da HAS e DM bem como a relação da equipe comunidade melhorou, facilitou a troca de ideias, experiências e conhecimentos com o grupo acompanhado e permitiu a realização de atividades educativas promovendo melhoria quanto à qualidade de vida para todos.

Foi também de grande importância para o serviço, pois melhorou o acolhimento e a qualidade de atenção dispensada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da comunidade. Além disso, possibilitou uma melhor organização dos prontuários e registros em fichas de acompanhamento dos usuários bem como promoveu a implantação de um arquivo específico (ficha-espelho) para monitoramento destes.

As ações que foram desenvolvidas durante a intervenção já se encontram incorporadas à rotina do serviço, continuaremos com o trabalho dia a dia para incorporar novos usuários e acompanhá-los de forma contínua. Coloquemo-nos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos sobre a intervenção realizada e esperamos continuar contando com o apoio da gestão para o desenvolvimento de futuras ações no serviço.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da UBS José Adalto Batista, Cruzeiro do Sul/AC.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

A intervenção referente à melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou Diabetes mellitus na UBS Adalto José Batista, Cruzeiro do Sul/AC foi desenvolvido no período de 12 semanas com início no dia 13 de abril e conclusão no dia 2 de julho do ano de 2015, com o envolvimento de toda a equipe da UBS e apoio da secretaria municipal de saúde.

Para poder fornecer um atendimento de qualidade foram realizadas capacitações, com a participação ativa de todos os funcionários da UBS, realizando conversas sobre temas como HAS e DM, funcionamento do programa e definição das atribuições de cada membro da equipe. Com ajuda dos ACS identificamos os usuários alvos da intervenção e para uma melhor organização do serviço todas as fichas-espelho foram organizadas por semanas de atendimento, identificando aos usuários hipertensos e diabéticos. Desta forma, o trabalho foi facilitado no momento da busca da ficha-espelho para a consulta.

Foi realizado em cada atendimento individual exame clínico, solicitação de exames, prescrição de medicamentos priorizados na farmácia popular e/ou da lista do Hiperdia, avaliação do risco cardiovascular para as duas doenças e orientações de hábitos de vida saudável como, por exemplo, orientação de saúde bucal, alimentação saudável, prática de atividade física, todas as ações desenvolvidas estavam organizadas e previamente planejadas no cronograma de trabalho e existe registro adequado na UBS nas fichas-espelho e prontuário clínico de cada usuário.

No transcurso da intervenção foram realizadas visitas domiciliares enfatizando aqueles usuários que apresentavam dificuldades para comparecer à unidade, faltosos à consulta e aos que necessitavam de assistência médica de forma imediata, não foi possível realizar mais visitas domiciliares porque

infelizmente no período de intervenção as chuvas fizeram praticamente intransitáveis as estradas da região.

Foram realizadas reuniões da equipe no final de cada mês com o objetivo de discutir os principais problemas encontrados e buscar uma solução além de verificarmos os usuários faltosos e como recuperá-los.

Durante toda a intervenção foram realizadas palestras e em cada dia do atendimento falamos sobre diversos temas como alimentação saudável, atividade física, saúde bucal, hábitos tóxicos, além das palestras também realizamos atividades encaminhadas ao cadastramento de novos casos, sempre contando com apoio da gestora e da secretaria municipal.

A realização desta intervenção trouxe melhorias ao trabalho da UBS, pois as consultas eram na maioria por demanda espontânea e com a implementação da intervenção conseguimos aumentar as consultas agendadas para um acompanhamento de doenças crônicas.

Aumentamos o número de consultas agendadas em relação às consultas por demanda espontânea assim como as atividades educativas mediante palestras com os usuários e comunidade fazendo promoção de saúde, pois sempre será melhor cuidar da saúde do que cuidar da doença, de tal forma que atualmente estamos dando continuidade a esta programação de consultas e atividades de forma organizada e contínua.

É importante mencionar que antes da intervenção, a unidade de saúde acompanhava um número reduzido de pessoas com hipertensão e/ou diabetes e apesar de não termos alcançados a meta desejada conseguimos aumentar mais um pouco a cobertura e que todos os usuários avaliados estão com os exames clínico e laboratoriais em dia, todos foram avaliados pela dentista e todos receberam orientações de vida saudável e com ajuda da intervenção continuaremos trabalhando para aumentar cada vez mais a cobertura. Ao final das 12 semanas concluímos a intervenção com uma cobertura de 46,6% de pessoas com hipertensão e 15,8% de pessoas com diabetes, número que não deixa satisfeita a equipe de saúde, mas que nos mostrou como trabalhar para continuar melhorando os indicadores.

Com a intervenção a comunidade e a equipe de saúde ganharam quanto à melhoria no acolhimento, da qualidade na atenção médica, no controle da HAS

e DM, a relação equipe comunidade melhorou, pois facilitou a troca de ideias, experiências e conhecimentos com o grupo alvo e permitiu a realização das atividades educativas promovendo melhoria quanto à qualidade de vida para todos.

As ações que foram desenvolvidas durante a intervenção já se encontram incorporadas à rotina do serviço, continuaremos o trabalho iniciado com a intervenção objetivando alcançar novos usuários e aumentar a cobertura. Esperamos que com as atividades já realizadas até o momento possamos motivar a todos vocês, membros da comunidade e contar com a participação de cada um nas atividades que continuarão sendo desenvolvidas na unidade.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da UBS José Adalto Batista, Cruzeiro do Sul/AC

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso contribuiu para a minha qualificação como profissional da área da saúde, incorporando-me novos conhecimentos e novas dicas para o aperfeiçoamento do atuar médico permitindo-me a cada dia um atendimento com mais qualidade. Também por meio de seus conteúdos práticos permitiu-me a revisão de temas sobre as principais doenças encontradas nos atendimentos e a troca de experiências com outros colegas por meio dos fóruns de prática clínica e de saúde coletiva. Ainda, o curso permitiu a qualificação da equipe de saúde tendo sempre como objetivo principal a satisfação da comunidade com o trabalho realizado pelos profissionais de saúde.

A educação à distância pode gerar um pouco de medo, mas quebra um pouco as normas das aulas tradicionais. Consiste em uma experiência maravilhosa poder interagir com colegas de todo o país, debater sobre as experiências individuais, falar sobre casos clínicos interessantes em que sempre podemos aprender uns com os outros de forma prática e didática.

Permitiu-me também vencer barreiras que no início pareciam inquebráveis, especialmente no que tange à língua portuguesa. Hoje, com a ajuda dos colegas de trabalho, dos colegas de curso e a ajuda incondicional dos orientadores o idioma não é mais um problema. Enfim, durante o curso crescemos como profissionais quanto à aquisição de novos conhecimentos e experiências e se eu pudesse definir o sentido do mesmo o faria em apenas duas palavras: “experiência única”.

Referências

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

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

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.

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

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

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

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

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

Anexos

Anexo A – Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B – Planilha de coleta de dados

2014_11_06 Coleta de dados HAS e DM - Microsoft Excel

Calibri 11

Fonte Alinhamento Número Estilo Células

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1

Índices para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamento?	Todos os medicamentos estão de acordo com a lista da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular (por exame clínico) está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações e de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim
1	1																	
2	2																	
3	3																	
4	4																	
5	5																	
6	6																	
7	7																	
8	8																	
9	9																	
10	10																	
11	11																	
12	12																	
13	13																	
14	14																	
15	15																	
16	16																	
17	17																	
18	18																	
19	19																	
20	20																	
21	21																	
22	22																	
23	23																	
24	24																	
25	25																	
26	26																	
27	27																	

Pronto Referências Circulares

23:30 15/07/2015

