

**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 e/ou diabetes mellitus
na ESF Antônio Pereira, Alto Alegre/RR**

Yulis Rolando Castillo Hidalgo

Pelotas, 2015

Yulis Rolando Castillo Hidalgo

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus
na ESF Antônio Pereira, Alto Alegre/RR**

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

Orientador: Niviane Genz

Co-orientadora: Vânia Priamo

Pelotas, 2015

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

H632m Hidalgo, Yulis Rolando Castillo

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na ESF Antônio Pereira, Alto Alegre/RR / Yulis Rolando Castillo Hidalgo; Niviane Genz, orientador(a); Vânia Príamo, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

91 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. Príamo, Vânia, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a meus pais, Gisela e Rolando, por minha formação profissional. À minha esposa Dreidys, pelo amor e consagração. Aos meus filhos Ronaldo e Yankiel, por sua lealdade. E aos demais membros da minha família, por seu apoio.

Agradecimentos

Agradeço a minha orientadora Niviane por seu esforço e ajuda e aos meus professores pelo sacrifício e entrega.

Resumo

HIDALGO, Yulis Rolando Castillo. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus na ESF Antônio Pereira, Alto Alegre/RR.**

2015. 89f. 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 importância de trabalhar ações de intervenção para Hipertensão arterial e Diabetes mellitus utilizando protocolos para a realização dos procedimentos permitenos fazer um controle e seguimento adequado de ambas as doenças citadas bem como realizar um manejo adequado das mesmas além de permitir-nos a identificação dos fatores de riscos bem como planejar as diferentes ações a serem realizadas para a promoção da saúde. Assim, o desenvolvimento de ações educativas de promoção à saúde no sentido de modificar hábitos de vida pode auxiliar na diminuição das taxas de hipertensão e glicemia como parte do tratamento não medicamentoso. Diante dessa perspectiva, uma intervenção em saúde foi realizada na Unidade de ESF Antônio Pereira, no município de Alto Alegre/RR, entre os meses de fevereiro e junho de 2015, objetivando melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou com diabetes mellitus a fim de garantir qualidade de vida aos mesmos. A escolha em trabalhar com o grupo de hipertensos e/ou diabéticos na unidade se deu a partir da necessidade do serviço qualificar o atendimento ao grupo de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus pertencentes à área de cobertura da unidade. 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. Assim, dos 14,6% (35) de pessoas com hipertensão acompanhadas no serviço antes da intervenção passamos a monitorar 45,6% (109) de pessoas com hipertensão e de 11,8% (15) de pessoas com diabetes passamos a acompanhar 91,5% (54). Um total de 92,7% (101) com hipertensão e 100% (54) com diabetes foram avaliados pelo exame clínico realizado pela equipe durante a intervenção; 92,7% (101) de pessoas com hipertensão e 98,1% (53) com diabetes realizaram os exames complementares recomendados pelo protocolo do Ministério da Saúde. Ainda 100% tanto de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus receberam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular e 95,4% (104) de pessoas com hipertensão e 100% (54) com diabetes mellitus foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico. Diante disso, as ações da intervenção serão mantidas na rotina do serviço bem como serão expandidas para outras ações programáticas, pois acreditamos que o controle e acompanhamento adequado e monitorado de ambas as doenças, a identificação dos fatores de risco e o planejamento de ações para minimizar as sequelas já existentes podem garantir melhoria na qualidade de vida desta parcela da população. Assim, ações educativas direcionadas à promoção e prevenção à saúde são fundamentais para a concretização do objetivo.

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 ESF Antônio Pereira do Município de Alto Alegre/RR, 2015.	62
Figura 2	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde na ESF Antônio Pereira do Município de Alto Alegre/RR, 2015.	63
Figura 3	Gráfico da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Antônio Pereira do Município de Alto Alegre/RR, 2015.	64
Figura 4	Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Antônio Pereira do Município de Alto Alegre/RR, 2015.	65
Figura 5	Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Antônio Pereira do Município de Alto Alegre/RR, 2015.	66
Figura 6	Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Antônio Pereira do Município de Alto Alegre/RR, 2015.	67
Figura 7	Gráfico da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Antônio Pereira do Município de Alto Alegre/RR, 2015.	69
Figura 8	Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Antônio Pereira do Município de Alto Alegre/RR, 2015.	70
Figura 9	Quadro demonstrativo da situação anterior e pós a intervenção realizada na unidade de ESF Antônio Pereira no município de Alto Alegre, RR entre os meses de fevereiro e junho de 2015.	77

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMMB	Programa Mais Médico para o Brasil
RR	Roraima
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

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	20
2 Análise Estratégica.....	22
2.1 Justificativa.....	22
2.2 Objetivos e metas	23
2.2.1 Objetivo geral	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	23
2.3 Metodologia.....	25
2.3.1 Detalhamento das ações.....	26
2.3.2 Indicadores.....	46
2.3.3 Logística.....	53
2.3.4 Cronograma	55
3 Relatório da Intervenção	56
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	56
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	58
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	58
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	58
4 Avaliação da intervenção	60
4.1 Resultados	60
4.2 Discussão.....	73
5 Relatório da intervenção para gestores.....	76
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	79
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	82
Referências	84
Anexos	85

Apresentação

O presente trabalho foi realizado para o Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas/RS (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) tendo como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Este teve como objetivo geral qualificar o Programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus com 20 anos ou mais pertencentes à Unidade de Estratégia de Saúde da Família Antônio Pereira, do município de Alto Alegre, Roraima.

O desenvolvimento do projeto de pesquisa por meio da implementação das ações propostas para a intervenção foi muito importante para a comunidade e ainda contribui para que os profissionais da equipe percebessem a relevância da manutenção de registros e monitoramento adequados dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pelo serviço de saúde no sentido de qualificação da melhoria da qualidade de vida deles.

No capítulo um, será apresentado a análise situacional descrevendo o município no qual está inserida a unidade de saúde bem como a descrição da unidade e apresentação de uma análise do processo de atenção à saúde realizado nesta.

No capítulo dois, será descrito a análise estratégica que será utilizada para a realização da intervenção, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção e o cronograma para cumprimento das ações.

No capítulo três, será 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 por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

O capítulo quatro apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, o capítulo cinco trará o relatório da intervenção para os gestores e o capítulo seis apresentará o relatório para a comunidade.

No capítulo sete será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Após, serão apresentadas as referências utilizadas para este trabalho e, ao final, os anexos que serviram como guias para o desenvolvimento do projeto.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O município de Alto Alegre está localizado no estado de Roraima e possui aproximadamente 17.000 habitantes. A rede básica de atenção à saúde é composta por 4 Unidades de Saúde. A equipe de saúde da UBS Antônio Pereira é formada por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um odontólogo, uma técnica de saúde bucal e 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Há disponibilidade de todos os insumos necessários para o atendimento aos usuários. A estrutura física da Unidade possui sala de curativos, farmácia, sala de vacinação, sala de espera, consultório odontológico e consultório médico. Anterior à chegada do médico pelo Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB), o atendimento médico era realizado somente duas vezes na semana. Com o início do trabalho em maio de 2014, organizamos a equipe de saúde e, por meio dos ACS, tomamos conhecimento dos problemas de saúde vivenciados nas áreas de abrangência de cada um e com isso planejamos ações, agendamos visitas domiciliares e definimos as responsabilidades de cada profissional para a realização das atividades.

Também realizamos palestras de educação em saúde durante as visitas domiciliares a fim de evitar a transmissão das doenças respiratórias, orientamos quanto à importância da limpeza doméstica, da manutenção de bons hábitos alimentares, orientações quanto a necessidade de uma dieta pobre em sal e gordura, riscos do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas, prevenção quanto às quedas para os idosos, entre outros. Nessas visitas o odontólogo realiza promoção da saúde bucal e prevenção da cárie dentária, a enfermeira analisa a vacinação e se houver pendências o usuário é encaminhado para UBS a fim de atualizar o calendário vacinal.

A Unidade possui uma população de 3.490 habitantes. Destes, 15% (525) são idosos, 0,3% (12) são gestantes e 0,4%(16) são crianças menores de 1 ano. Os principais problemas de saúde são a alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como a asma em pessoas idosas, hipertensão arterial e diabetes mellitus. As doenças respiratórias agudas em crianças são muito frequentes, isso se deve pela presença de agentes contaminantes como os inseticidas, fungicidas e herbicidas que são utilizados na terra para combater as pragas, plantas daninhas ou qualquer tipo de vegetação indesejável, pois a UBS fica localizada na zona rural. Realizamos encontros trimestrais com a comunidade a fim de conscientizá-los quanto aos cuidados necessários que devem ter quando fizerem uso dos mesmos.

O trabalho realizado em equipe tem conseguido reduzir as taxas de doenças respiratórias entre a população. Sou muito grato por poder trabalhar em minha comunidade e no Brasil. Espero oferecer o melhor do meu trabalho em Alto Alegre/RR.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Alto Alegre, localizado no estado de Roraima, com aproximadamente 17.000 habitantes, possui 4 Unidades de Saúde com Equipes Estratégia de Saúde da Família (ESF). O município conta com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo este fundamental para o atendimento à usuários psiquiátricos a fim de que recebam um tratamento adequado e encaminhamento para atendimento especializado, quando necessário. Muitos não têm ajuda da família e na ausência de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a equipe de saúde em conjunto com o NASF fornece este auxílio. Existem usuários de álcool que fazem tratamento para abandonar o vício e também precisam de nossos cuidados e acompanhamento.

Também disponibilizamos de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) em nosso município com bom desempenho e gestão, pois este atende a uma boa parte da população, contando com especialidades de periodontia, endodontia, cirurgia oral menor. É possível fazer exames complementares e as condições de trabalho e instrumentais são considerados excelentes. Em todos os serviços há disponibilidade de protocolos para o atendimento.

Quanto à atenção especializada, a mesma é ofertada segundo a doença que o usuário apresenta, no caso de remissão da doença é realizado agendamento

coordenado pela Secretaria de Saúde e em situações de emergência o usuário é enviado para o hospital e os demais casos para o especialista. Após a consulta com o especialista o usuário retorna para a ESF para ser monitorizado pela equipe local.

O município de Alto Alegre oferece atendimento em diferentes especialidades como pediatria, ginecologia, oftalmologia, urologia, psiquiatria, psicologia, entre outras. O município conta com um hospital de pequeno porte com salas para atendimento à crianças, gestantes e adultos. Temos um departamento responsável pela realização de exames laboratoriais onde são realizados todos os exames complementares do município.

Além disso, o hospital conta com uma pequena sala de cirurgia, um departamento de plantão para urgências médicas e o município possui duas ambulâncias utilizadas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) responsável pelo traslado dos usuários do interior do município até o hospital, dependendo da gravidade que apresenta o usuário ocorre deslocamento até a capital do estado, sendo o mesmo encaminhado ao hospital estadual.

A Unidade está situada na zona rural e possui 100% da população da área de abrangência cadastrada e funciona em dois turnos, pela manhã e a tarde. Não há vínculo com as instituições de ensino. O modelo da atenção é Estratégia de saúde da Família e possui apenas uma equipe de saúde composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um odontólogo, uma técnica de saúde bucal e seis ACS e no momento ainda atende a demanda da população indígena até a finalização das obras de uma nova unidade de saúde que está sendo construída para atender a demanda desta população. Para atuar na nova unidade será formada uma outra equipe que será desvinculada do nosso serviço.”

Na ESF existem todos os equipamentos e materiais necessários para a realização do trabalho. A estrutura física possui uma sala para curativos, farmácia, vacinação, uma sala de espera, um consultório odontológico e um consultório médico. Existem dois banheiros (masculino e feminino), não possui banheiros para usuários com incapacidades motoras, não possui rampa para acesso de cadeiras de roda e para a entrada desses na unidade. Faz-se necessário promover a acessibilidade dos usuários ao ambiente e proporcionar condições de mobilidade com segurança eliminando as barreiras arquitetônicas. Também não há sala para esterilização, para reuniões e nem espaço para cozinha.

Em relação às atribuições dos profissionais da ESF, todos participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, na identificação de grupos expostos a riscos, na sinalização das redes sociais e equipamentos sociais, especialmente os profissionais médicos, os da área de enfermagem e os ACS.

Os cuidados em saúde são realizados no domicílio, nas escolas, na associação de bairro/comunitário, nas consultas, nas atividades de educação em saúde e outras atividades de promoção e prevenção. Temos espaço para fazer pequenos procedimentos na UBS, fundamentalmente curativos de queimaduras, limpeza de úlceras, retirada de pontos cirúrgicos, entre outros. Não são realizados atendimentos de urgência-emergência, pois não existem condições propícias para isso, apenas estabilizamos os usuários para o encaminhamento ao plantão do hospital que atende emergência 24 horas.

É muito importante que o trabalho seja desenvolvido em equipe para obter integração nas atividades de educação em saúde, com os gestores de saúde do município, pois todos conhecem o trabalho que deve ser feito para que se possa ter uma melhoria nos atendimentos aos usuários da ESF, lembrando sempre que na unidade da equipe é que se encontra a força.

Os profissionais da ESF promovem a participação da população no controle social e identificam parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, também participam em atividades de educação permanente para ajudar na preparação de outros trabalhadores de saúde.

A população abrangida pela ESF é de 3.490 pessoas e a distribuição da população por sexo estimada na área de abrangência é de 1.868 mulheres e 1.622 homens. Quanto ao tamanho da Unidade, a mesma é adequada para o número de pessoas. Não há excesso da demanda espontânea, mas estamos preparados para lidar com qualquer usuário que necessite de consulta médica urgente, pois temos uma sala preparada para estabilização. A enfermeira realiza as ações necessárias para a classificação de risco e orientações para cada necessidade.

A partir do conhecimento da área adstrita é possível planejar e executar o atendimento da demanda espontânea, com a recepção e acolhimento do usuário desde a chegada na ESF quanto as suas inquietações em função do problema que o leva a buscar pela consulta. Este processo está sendo desenvolvido oferecendo um cuidadoso tratamento, pois este constitui nosso objetivo de trabalho diário a fim

de que o usuário receba uma atenção de qualidade e se sinta bem com os trabalhadores.

A construção de respostas às necessidades dos usuários pressupõe o envolvimento de toda equipe que por sua vez deve assumir postura capaz de acolher, escutar e dar resposta adequada a cada usuário. No processo de agendamento e atenção da demanda espontânea os usuários têm oportunidade de agendar pessoalmente escolhendo o horário que melhor lhe convêm.

A estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP) é de 73 crianças menores de um ano pertencentes à área de abrangência da unidade. No momento temos uma cobertura de 37% (27). Destas, 100% (27) está com a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, está em dia com as vacinas e o monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta, realizaram teste do pezinho, as mães e/ou responsáveis receberam orientações para o aleitamento materno exclusivo e para prevenção de acidentes, realizaram triagem auditiva e foi avaliada quanto à saúde bucal. Nenhuma está com atraso da consulta agendada em mais de sete dias.

Os atendimentos podem ser agendados todos os dias da semana nos dois turnos. Após a consulta da puericultura todas as crianças saem com a data da próxima consulta agendada. Não há excesso de demanda para atendimento às crianças até 72 meses. Seguimos o protocolo do Ministério da Saúde para os atendimentos, classificação de riscos e encaminhamento a outro nível de saúde (pediatra). Em todas as consultas solicitamos a caderneta da criança para registro das informações, conversamos sobre alimentação saudável, curva de crescimento, sinais de risco, data da próxima vacina além de realizar um exame físico e avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor.

Entre os aspectos positivos podemos citar que não ocorre atraso das consultas agendadas em mais de 7 dias para crianças até 72 meses, isso se deve ao trabalho em equipe que realizamos na ESF, pois são discutidos todos os incidentes que acontecem semanalmente a fim de eliminá-los. Ainda, é necessário continuar trabalhando juntos para garantir e aumentar o nível de conhecimento das mães a fim de obtermos maior envolvimento por parte delas no cuidado. Entre os principais aspectos que devem ser melhorados para garantir melhor cobertura na qualidade da atenção básica refere-se ao cuidado as crianças e as famílias mais

necessitadas, que possuem dois ou mais filhos e em situação econômica desfavorável para os quais hoje se realiza cadastro no Programa Bolsa Família do Governo Federal junto à assistência social repassando a informação para a Secretária de Saúde.

São realizados grupos de mães de crianças da puericultura, mas nem todas participam das atividades. Precisamos trabalhar para garantir a participação de todas. Este programa é planejado, coordenado e desenvolvido pela pediatra e realizamos reuniões semanais.

Em relação ao pré-natal acompanhamos um total de 12 (34%) gestantes da estimativa de 35 gestantes para a área de cobertura. Das 12 gestantes acompanhadas 92% (11) iniciou o pré-natal no 1º trimestre e a 100% (12) foi solicitado na 1º consulta os exames laboratoriais preconizados, também estão com as consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, receberam prescrição de sulfato ferroso bem como orientações para aleitamento materno exclusivo e realizaram o exame ginecológico por trimestre recomendado e foram administradas as vacinas antitetânica e Hepatite B conforme protocolo e foram avaliadas quanto à saúde bucal.

O acompanhamento às gestantes é realizado por toda a equipe de saúde. Os ACS fazem a identificação das gestantes e as encaminham para a equipe. Seguimos as orientações estabelecidas pelo Ministério de Saúde para o monitoramento. Entre os aspectos positivos, destaca-se a criação de um grupo de gestantes em que são realizadas atividades educativas sobre temas relacionados à gestação.

Também são fornecidas orientações quanto à importância da amamentação exclusiva até os seis meses bem como sobre a importância da manutenção em dia do calendário vacinal. As consultas são programadas segundo protocolo de atendimento em que as gestantes são encaminhadas mensalmente até 28ª semana gestacional e quinzenalmente da 28ª a 36ª semana e semanalmente da 36ª a 41ª semana. Este programa é planejado, coordenado e desenvolvido pela ginecologista. As gestantes também recebem acompanhamento odontológico.

Os principais aspectos que podem ser melhorados referem-se a profissionais para atuarem na avaliação e monitoramento do pré-natal, trabalho com mulheres em idade fértil, com grupos de adolescentes e conseguir uma conexão dinâmica entre a família da gestante e equipe de saúde para atingir resultados de

modo satisfatório. Ainda se faz necessário continuar trabalhando para garantir que as gestantes sejam captadas antes da 13ª semana da gestação para que possam receber um atendimento com qualidade e integralidade precocemente.

Já o indicador de cobertura da atenção ao puerpério é de 16% (12) do total de 73 puérperas estimadas para a área de abrangência da unidade com indicadores de qualidade de 100% (12) quanto à realização da consulta puerperal antes dos 42 dias pós-parto, registro da consulta, orientações quanto aos cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo e sobre planejamento familiar, realização do exame das mamas, do abdome e ginecológico, avaliação do estado psíquico e avaliação quanto à intercorrências. Precisamos trabalhar para melhorar a situação deste indicador.

Quanto à prevenção do câncer de colo de útero temos um total de 746 mulheres entre 25 e 64 anos estimadas para a área de cobertura da Unidade de Saúde. Destas, acompanhamos 742 (99%) mulheres residentes e cadastradas. Das acompanhadas 100% (742) estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia e tiveram exames coletados com amostras satisfatórias, mas apenas 0,3% (2) apresentaram células representativas da junção escamocolunar na amostra coletada; 0,5% (4) das mulheres estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso, 0,7% (5) mulheres está com o exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado. Um total de 100% (742) 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.

Destacamos que é importante realizar ações de educação em saúde para mulheres entre 25 e 64 anos alertando sobre sintomas e sinais do câncer de colo bem como conscientizá-las da necessidade de realização de exames preventivos. As recomendações para as mulheres sobre o exame citopatológico são fornecidas por todos os profissionais, os quais também orientam sobre o uso de camisinha em todas as relações sexuais especialmente em relações não estáveis. Também são fornecidas orientações sobre os malefícios do tabagismo, estímulo da prática de atividades físicas e não consumo de álcool. Ações de educação e prevenção, coleta de exame citopatológico são realizadas pela enfermagem, mas o rastreamento é realizado pelo médico.

Quanto à ação de prevenção do câncer de mama temos um total de 163 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de abrangência da unidade. Destas, são acompanhadas 99% (161) das mulheres residentes e cadastradas na unidade. Um total de 100% (161) das mulheres está com mamografia em dia e receberam avaliação de risco para câncer de mama. Do total de mulheres acompanhadas, 1,2% (2) estão com a mamografia com mais de 3 meses em atraso e 0,8% (6) receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama.

As ações preventivas relacionadas ao câncer de mama são realizadas mediante ações educativas em saúde, sobre os sintomas e sinais de alerta, importância da realização do autoexame da mama, alerta sobre os fatores de risco como tabagismo, antecedentes patológicos e familiares com câncer de mama. Também realizamos palestras para as mulheres entre 50 e 69 anos; incentivamo-las para que façam regularmente exames mamográficos. Ao encontrarmos alguma alteração nas mamas durante a consulta realizamos o encaminhamento para avaliação do ginecologista segundo protocolo.

Os aspectos do processo de trabalho que podem ser melhorados referem-se à melhoria na qualidade do registro, pois não há na unidade um arquivo para registro dos resultados dos exames. Estamos trabalhando para oferecer um horário diferenciado para as mulheres que trabalham durante toda a semana para que elas também possam fazer exame citopatológico. As mulheres faltosas são visitadas e são orientadas sobre a importância da realização destes exames. São realizadas ações para eliminar os riscos a infecções pelo vírus de HPV bem como campanhas de vacinação para as meninas entre 12 e 14 anos para prevenção desse vírus. Ainda é necessário realizar um acompanhamento mais próximo junto às mulheres com exame alterado para que as possamos auxiliar em eventuais necessidades durante o acompanhamento pela ginecologista.

Em relação às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) temos um total estimado de 623 pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais. Destas, acompanhamos na Unidade um total de 70% (426) dos hipertensos residentes e cadastrados. A realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foi realizado a 100% (436) das pessoas com hipertensão acompanhadas, também estão com os exames complementares periódicos em dia e receberam orientações sobre prática de atividade física regular, receberam orientações nutricionais para

uma alimentação saudável, possui avaliação de saúde bucal e nenhum tem atraso das consultas em mais de sete dias.

Em relação ao Diabetes mellitus (DM) a cobertura está em 71% (127) do total estimado de 178 diabéticos para a área. A realização de estratificação de risco cardiovascular foi realizada a 100% (127), também estão com os exames complementares periódicos em dia, com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, possuem registro de realização de palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, de 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 nenhum está em atraso da consulta agendada em mais de sete dias.

Ainda é necessário incentivar a adoção de hábitos saudáveis, avaliação do risco cardiovascular a cada 6 meses (dependendo da necessidade de cada um), dar a conhecer características das doenças assim como manter incentivar um acompanhamento regular aos usuários. Além disso, precisamos incentivar medidas de prevenção e promoção dos fatores de risco como obesidade, sedentarismo, tabagismo e consumo de álcool.

Os atendimentos para os usuários hipertensos e/ou diabéticos podem ser agendados todos os dias da semana. Após a consulta o usuário sai com a data da próxima consulta agendada. As informações são anotadas no prontuário do usuário. É necessário investir na pesquisa de usuários que ainda não possuem diagnósticos, mas que se apresentam no grupo de risco para estas doenças. São utilizados protocolos por todos os profissionais para regular o acesso de hipertensos e/ou diabéticos para o desenvolvimento do processo de trabalho na unidade bem como para outros níveis de atenção.

Destacamos que ainda é necessário trabalhar com os usuários hipertensos e/ou diabéticos junto às suas famílias para diminuir a incidência de descompensações de complicações que podem advir mantendo, assim uma melhor qualidade de vida para os mesmos. Entre os aspectos que poderiam ser melhorados para ampliar a cobertura e qualidade da atenção destacam-se a atualização cadastral e acompanhamento aos portadores de HAS e DM, orientação aos gestores públicos para adotar estratégias de intervenção permitindo conhecer o perfil epidemiológico da população adstrita à unidade.

Devemos trabalhar para aumentar o nível de conhecimento e educação sobre as principais complicações cardiovasculares e renais, fazer avaliação completa a cada três meses com todos os usuários que apresentam estas doenças, fazer acompanhamento a todos os obesos e com sobrepeso junto à nutricionista, promover atividades do Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus, fazer parceria com o conselho de saúde para garantir um trabalho muito mais forte aumentando o nível de cultura a fim de prevenir invalidez e mortes prematuras devido à doença, apoiar o desenvolvimento dos cuidados adequados para facilitar o autocuidado e controle social com participação da família e comunidade. Todas estas ações são dirigidas fundamentalmente a promover uma vida saudável.

Em relação à saúde dos idosos atualmente a Unidade acompanha 187 idosos perfazendo 98% da estimativa de 191 pessoas com 60 anos ou mais. Dentre os acompanhados, 45% (85) dos idosos são hipertensos e 20% (37) dos idosos são diabéticos. Em nossa Unidade 100% (187) dos idosos acompanhados possui caderneta de saúde da pessoa idosa, possui investigação de indicadores de fragilização na velhice, estão com o acompanhamento em dia, possui Avaliação Multidimensional rápida e avaliação de risco para morbimortalidade realizada. Ainda, 100% (187) receberam orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e sobre a importância da realização de atividades físicas regulares e avaliação de saúde bucal.

Os registros dos atendimentos são realizados nos prontuários e os atendimentos acontecem todos os dias da semana. São realizadas ações de imunizações, atividades físicas, promoção de hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal e mental, tabagismo, incentivo ao abandono do consumo de álcool e redução da obesidade. Além disso, é realizado diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral. Dessa forma, a equipe realiza avaliação dos fatores de risco e prevenção de complicações futuras. Os idosos são acompanhados em consulta de controle, momento em que realizamos uma avaliação global, tendo presente o estado de comportamento físico, sociais e funcionais que afetam a qualidade de vida da pessoa idosa. Todos os idosos saem das consultas com a medicação adequada e as orientações precisas, além de agendamento para o retorno da próxima consulta permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado. Assim, destaca-se que fundamentalmente o trabalho realizado com os idosos é por

meio de atividades comunitárias em que podemos intervir nos hábitos e costumes, realizando palestras sobre alimentação saudável e incentivando a prática de atividades físicas.

Na Avaliação Multidimensional realizamos uma exploração geral englobando visão, audição, função de membros superiores e inferiores, atividades de vida diária, incontinência urinária e avaliação do estado nutricional. Os idosos com doenças crônicas como DM e HAS realizam consultas com cardiologista e endocrinologista, em caso de descompensação destas doenças. Temos melhorado o modo e estilo de vida dos idosos garantindo a eles uma melhor qualidade de vida assim como melhorado a sua vinculação com a sociedade bem com incorporando-os em todas as atividades na comunidade. É de vital importância o desenvolvimento físico das pessoas idosas devido às limitações fisiológicas resultante do processo do envelhecimento.

Na ESF realizamos encontros de confraternização com os idosos a cada três meses e há um bom controle da saúde da pessoa idosa, tomando em conta todos os fatores que podem trazer dificuldades aos idosos. Destaca-se que é importante que nas atividades comunitárias devam-se criar projetos para que eles possam se sentir úteis bem como manter educação permanente em saúde para que possam conviver com suas limitações e doenças além de proporcionar atividades regulares e acolhimento em todos os serviços para este grupo populacional que necessita de cuidados especiais. Além disso, enquanto ações para planejamento familiar trabalhar a relação de afeto com os idosos, realizar visita domiciliar para avaliações sobre atividades físicas, flexibilidade, equilíbrio, força muscular.

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

Entre as diferenças observadas desde a segunda semana de ambientação até a construção do relatório final de análise situacional destaco que inicialmente não percebia a falta de organização do trabalho na ESF como verifico agora ao final desta tarefa.

Considero que há necessidade de um acompanhamento constante à população para a identificação de problemas promovendo assim mudanças nos hábitos e costumes com efetiva participação da família no controle das doenças.

Ainda, junto à equipe temos que fortalecer as ações desenvolvidas na atenção básica por meio de ações de promoção e prevenção à saúde a fim de obter um conhecimento adequado acerca das condições de saúde da população pertencente à área de abrangência da unidade.

Além disso, constato que é preciso identificar os principais fatores de risco e as doenças mais frequentes entre a comunidade possibilitando um trabalho mais integrado e dirigido às deficiências, pois isso se constitui em uma grande responsabilidade quanto à atenção à saúde das pessoas na Atenção Básica.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A importância de trabalhar ações de intervenção para Hipertensão arterial e Diabetes mellitus utilizando protocolos para a realização dos procedimentos permite-nos fazer um controle e seguimento adequado de ambas as doenças citadas bem como realizar um manejo adequado das mesmas além de permitir-nos a identificação dos fatores de riscos bem como planejar as diferentes ações a serem realizadas para a promoção da saúde. Assim, o desenvolvimento de ações educativas de promoção à saúde no sentido de modificar hábitos de vida pode auxiliar na diminuição das taxas de hipertensão e glicemia como parte do tratamento não medicamentoso (BRASIL, 2013).

A UBS está situada na zona rural e possui 100% da população da área de abrangência cadastrada. A estrutura física da UBS não conta com sala para esterilização, nem para reuniões e não têm cozinha, mas possui uma sala de curativos, farmácia, vacinas, uma sala de espera, um consultório odontológico e um consultório médico. Não há vínculo com instituições de ensino e o modelo da atenção é Estratégia de Saúde da Família (ESF). Possui uma única equipe composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um odontólogo, uma técnica de saúde bucal e seis ACS. Na ESF existem todos os equipamentos e matérias necessários para a realização do trabalho.

A população pertencente à área de abrangência da ESF é de 3.490 pessoas. A distribuição da população por sexo estimada na área de abrangência é de 1.868 mulheres e 1.622 homens. Entre os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) atualmente acompanhamos 127 usuários com DM e 436 usuários com HAS, perfazendo uma cobertura de 71% e 70%, respectivamente. O atendimento a neste grupo populacional é ótimo, mas é necessário incentivar a

adoção de hábitos saudáveis, avaliar os riscos cardiovasculares a cada 6 meses e manter as medidas de prevenção e promoção aos fatores de riscos como obesidade, sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool, entre outros. Devemos trabalhar para aumentar o nível de conhecimento sobre as principais complicações cardiovasculares e renais e promover uma vida saudável para aumentar o nível de cultura/conhecimento sobre as doenças por parte de toda a população.

A importância da intervenção na atenção aos hipertensos e diabéticos nos permitirá desenvolver um projeto que poderá promover mudanças positivas na qualidade dos atendimentos e um incremento gradual da cobertura no acompanhamento de hipertensão e diabetes na área de abrangência. Também nos permitirá trabalhar sobre a base de indicadores de qualidade, planejar o trabalho a ser executado, desenvolver ações para diagnóstico precoce dos agravos que possam surgir e fortalecer mais os vínculos com a população favorecendo desta forma as transformações no meio. Diante disso, faz-se necessário trabalhar a fim de conscientizar a população para obter mudanças no modo e estilo de vida oferecendo melhor qualidade de vida à população hipertensa e/ou diabética.

As principais dificuldades existentes limitam-se à distância entre a comunidade e a UBS com estradas muito esburacadas e a comunidade indígena apresenta muitas dificuldades para chegar ao serviço por falta de transporte. Outrossim, a equipe está preparada para realizar um bom trabalho focado na intervenção para qualificar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de abrangência da ESF.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da Atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da UBS Antônio Pereira no município de Alto Alegre, Roraima.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao 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 foi 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 em usuários pertencentes à Unidade de Saúde Antônio Pereira do Município de Alto Alegre em Roraima. 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 convidados a participar todas as pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus pertencentes à área de cobertura da unidade.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade os hipertensos cadastrados, atualizando os registros por meio de planilha de coleta de dados e ficha-espelho.

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

Detalhamento: Definir as atribuições de cada membro da equipe para a realização das atividades na Unidade de saúde. Reavaliar uma vez ao mês sob responsabilidade do médico.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à 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: Realizar palestras em bairros comunitários sobre temas do Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus

(Hiperdia¹) duas vezes ao mês sob responsabilidade do médico e da equipe de saúde.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos 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.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde em reuniões semanais na unidade para o cadastramento de usuários para acompanhamento no Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus sob responsabilidade do médico.

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Monitorar os diabéticos em conjunto com a equipe de saúde da unidade para garantir a avaliação do cadastramento.

Organização e gestão do serviço: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes e garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Definiremos as atribuições de cada membro da equipe no Programa Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus para garantir o funcionamento das atividades que serão realizadas ao longo da intervenção a fim de acolhê-los de forma adequada e disponibilizar do material adequado para avaliação dos diabéticos.

¹ O Programa Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os usuários cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do Sistema Único de Saúde – SUS. Este Sistema está sendo substituído pelo e-SUS.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à 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: Ofereceremos ações de educação permanente em saúde à população sobre rastreamento de hipertensão arterial por meio de palestras, reuniões, encontros em grupo, momentos de bate papo informal. Responsabilidade de toda a equipe.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Nas reuniões da equipe realizaremos capacitação para realização do hemoglicoteste assim como para a tomada e triagem adequada da pressão arterial

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

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínica apropriado dos usuários hipertensos.

Detalhamento: Monitorar os hipertensos em conjunto com a equipe de saúde da unidade para garantir a realização de exame clínico apropriado em todos os usuários hipertensos, sob responsabilidade do médico.

Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos; 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: Definiremos as atribuições de cada membro da equipe no Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus

para a realização dos exames clínicos apropriados em usuários hipertensos pertencentes à unidade de saúde.

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

Detalhamento: Realizar palestras semanais em bairros comunitários sobre sinais e sintomas cardiovasculares e neurológicos para prevenção de complicações em usuários hipertensos e diabéticos. Estas palestras serão realizadas pelo médico.

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

Detalhamento: Nas reuniões da equipe serão realizadas capacitações sobre a realização de exame clínico apropriado sob responsabilidade do médico.

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Monitorar a realização de exame clínico apropriado em usuários diabéticos junto à equipe de saúde da unidade para garantir a qualidade de realização dos mesmos, sob responsabilidade do médico.

Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários 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: Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus para a realização de exame clínico apropriado em usuários diabéticos com reavaliação semanal, sob responsabilidade do médico.

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

Detalhamento: Realizar palestras semanais na Unidade de saúde sobre a importância dos cuidados com os pés a fim de evitar complicações cardiovasculares e neurológicas em usuários diabéticos.

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

Detalhamento: Nas reuniões da equipe realizaremos capacitações sobre a realização de exame clínico apropriado a fim de que a equipe os possa realizar de forma adequada, sob responsabilidade do médico.

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Monitorar os hipertensos, em conjunto com a equipe de saúde da unidade, por meio da verificação dos exames laboratoriais realizados em dia junto à ficha-espelho de cada usuário. Esta será realizada semanalmente, sob responsabilidade do médico.

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: Definiremos as atribuições de cada membro da equipe no Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus sobre a solicitação para realização de exame laboratoriais em hipertensos e manter contato com gestão local para garantir agilidade no serviço. Esta realidade será avaliada semanalmente, sob responsabilidade do médico.

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

Detalhamento: Ofereceremos ações de educação permanente em saúde à população por meio de palestras, reuniões e orientações da equipe na Unidade e em visitas domiciliares.

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

Detalhamento: Nas reuniões da equipe semanalmente realizaremos capacitações sobre exames complementares, sob responsabilidade do médico.

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Monitorar, por meio da verificação semanal da ficha-espelho dos usuários, em conjunto com a equipe de saúde da unidade, para garantir a realização de exames laboratoriais aos usuários diabéticos, sob responsabilidade do médico.

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: Definiremos as atribuições de cada membro da equipe no Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus quanto à solicitação de exames complementares na Unidade de saúde, solicitando ao gestor agilidade para o retorno dos resultados, sob responsabilidade do médico.

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

Detalhamento: Oferecemos ações de educação permanente em saúde à população por meio de palestras, reuniões e visitas domiciliares, sob responsabilidade de toda a equipe.

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

Detalhamento: Nas reuniões da equipe semanalmente realizaremos capacitações sobre exames complementares, sob responsabilidade do médico

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular pelos hipertensos com atualização de estoque de medicamentos do Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus.

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

Detalhamento: O farmacêutico será responsável para realizar controle do estoque de medicamentos mensalmente e analisará as dificuldades encontradas junto à equipe de saúde.

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: Ofereceremos ações de educação permanente em saúde à população por meio de palestras, reuniões e visitas domiciliares, sob responsabilidade de toda a equipe.

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

Detalhamento: Capacitar à equipe de saúde em reuniões semanais na unidade sobre o tratamento da hipertensão arterial além de orientá-los sobre alternativas para garantir o acesso aos medicamentos necessários para o tratamento, sob responsabilidade do médico.

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular por parte dos diabéticos, atualizando o estoque dos medicamentos do Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus.

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

Detalhamento: O farmacêutico será o responsável para realizar o controle do estoque dos medicamentos mensalmente realizando um levantamento dos medicamentos em falta usados pelo Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus.

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 acesso.

Detalhamento: Ofereceremos ações de educação permanente em saúde à população por meio de palestras, reuniões e visitas domiciliares, sob coordenação da equipe.

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

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde e o ACS em reuniões semanais na unidade para que tenham conhecimento de estoque de medicamentos usados pelo Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus.

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Avaliação semanal pelo odontólogo em conjunto com a equipe de saúde da unidade dos hipertensos cadastrados que necessitam de

atendimento odontológico, atualizando a ficha-espelho e ficha de coleta de dados para monitoramento adequado.

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

Detalhamento: Definir as atribuições de cada membro da equipe no atendimento odontológico, primeiramente realizando a avaliação de saúde bucal, sob responsabilidade do odontólogo.

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

Detalhamento: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes mellitus da unidade de saúde e atendimento odontológico.

Qualificação da Prática Clínica: capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos, sob responsabilidade do odontólogo.

Detalhamento: Nas reuniões da equipe semanalmente o odontólogo da Unidade realizará capacitação sobre avaliação de saúde bucal.

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Avaliação semanal pelo odontólogo em conjunto com a equipe de saúde da unidade dos diabéticos cadastrados que necessitam de atendimento odontológico por meio da avaliação das fichas-espelho dos usuários.

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

Detalhamento: Definir as atribuições de cada membro da equipe no atendimento odontológico, primeiramente realizando uma avaliação da necessidade

de atendimento odontológico para cada usuário, sob responsabilidade do odontólogo.

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

Detalhamento: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde assim como informar sobre a disponibilização de atendimento odontológico para os usuários hipertensos e diabéticos.

Qualificação da Prática Clínica: capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: Nas reuniões da equipe semanalmente o odontólogo da Unidade realizará capacitações sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos segundo protocolo de atendimento.

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.

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Monitorar em conjunto com a equipe de saúde da unidade garantindo a periodicidade das consultas segundo protocolo por meio de avaliação das fichas-espelho dos usuários.

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

Detalhamento: Definir as atribuições de cada membro da equipe para a realização da busca ativa em domicílio de usuários faltosos às consultas.

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 (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Ofereceremos ações de educação permanente em saúde à população por meio de palestras, reuniões e visitas domiciliares, sob responsabilidade de toda equipe.

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

Detalhamento: Nas reuniões da equipe semanalmente o médico realizará orientações quanto à realização de busca ativa de usuários faltosos às consultas.

Meta 3.2 – Buscar 100% dos 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: Monitorar em conjunto com a equipe de saúde da unidade garantindo o cumprimento da busca ativa de diabéticos faltosos às consultas por meio da revisão da agenda do dia.

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

Detalhamento: Definir as atribuições de cada membro da equipe nas consultas e visitas domiciliares, a enfermeira será responsável para a realização da busca ativa de diabéticos faltosos.

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

Detalhamento: Ofereceremos ações de educação permanente em saúde à população por meio de conversar informais realizadas durante as visitas domiciliares.

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

Detalhamento: Nas reuniões da equipe semanalmente o médico realizará orientações para capacitar os ACS na busca ativa de usuários faltosos.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade os hipertensos acompanhados por meio das fichas-espelho, atualizando os registros das orientações fornecidas aos usuários hipertensos durante as consultas regulares.

Organização e gestão do serviço: Manter as informações do 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: Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus, implantando uma ficha para o registro das informações para registro adequado no SIAB, sob responsabilidade da enfermeira.

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

Detalhamento: Realizar palestras em bairros comunitários sobre os direitos dos usuários assim como a disponibilidade de acesso aos serviços de saúde em caso de necessidade de uma segunda via.

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

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde e o ACS em reuniões semanais na unidade para o preenchimento correto de todos os dados da ficha de acompanhamento dos usuários.

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade os diabéticos acompanhados por meio da ficha-espelho e atualizando a ficha de acompanhamento durante as consultas regulares dos usuários.

Organização e gestão do serviço: Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas; implantar a ficha de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir responsável pelo monitoramento dos registros 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: Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus, implantando uma ficha de acompanhamento e manter registro adequado no sistema de informações, sob responsabilidade da enfermeira.

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

Detalhamento: Realizar palestras na comunidade sobre o acesso e direitos ao sistema de saúde em caso de necessidade de uma segunda via de seus prontuários.

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

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde e o ACS em reuniões semanais na unidade para o preenchimento correto de todas as informações na ficha-espelho e de acompanhamento dos usuários.

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.

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade os hipertensos que necessitam fazer estratificação de risco por meio dos dados em ficha-espelho.

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: Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus a fim de que reconheçam quais são os usuários que necessitam ter o seu atendimento priorizado, sob responsabilidade do médico.

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

Detalhamento: Informar a comunidade por meio de palestras educativas sobre o controle dos fatores de riscos modificáveis.

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

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde e os ACS em reuniões semanais na unidade para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo destes usuários e treinar a equipe para as estratégias de controle dos riscos modificáveis.

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade os diabéticos garantindo a estratificação de riscos cardiovascular em todos os diabéticos por meio de verificação dos registros em ficha-espelho.

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: Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus a fim de priorizar o atendimento aos usuários diabéticos que apresentam alto risco cardiovascular organizando uma agenda especial, sob responsabilidade do médico e da enfermeira.

Engajamento Público: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a 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: Informar a comunidade por meio de palestras educativas sobre a importância do adequado controle de riscos cardiovasculares modificáveis.

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: Capacitar a equipe de saúde e os ACS em reuniões semanais na unidade para a realização de estratificação de riscos cardiovasculares assim como fazê-los conhecer as estratégias para o controle de riscos modificáveis.

Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade a realização de orientação nutricional aos hipertensos, atualizando os registros de orientação nutricional, sob coordenação da nutricionista.

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

Detalhamento: Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus priorizando práticas coletivas de orientação saudável, sob responsabilidade de toda a equipe e coordenação da nutricionista.

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

Detalhamento: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; mediante palestras, sala de espera na Unidade e visitas domiciliares.

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: Capacitar a equipe de saúde e os ACS em reuniões semanais na unidade sobre práticas de alimentação saudável, sob responsabilidade da nutricionista.

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade realização de orientação nutricional aos diabéticos, sob coordenação da nutricionista.

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

Detalhamento: Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus priorizando a organização de práticas coletivas sobre alimentação saudável para os diabéticos, sob responsabilidade de toda a equipe e coordenação da nutricionista.

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

Detalhamento: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; mediante palestras, sala de espera na unidade e visitas domiciliares.

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: Capacitar a equipe de saúde e os ACS em reuniões semanais na unidade sobre práticas de alimentação saudável, sob responsabilidade da nutricionista.

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade a realização de atividade física regular dos hipertensos atualizando o registro em ficha-espelho dos participantes.

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: Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus e organizar práticas coletivas para orientação de atividades física, sob responsabilidade de toda a equipe.

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

Detalhamento: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; mediante as palestras, sala de espera e visitas domiciliares.

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: Capacitar a equipe de saúde e os ACS em reuniões semanais na unidade sobre a promoção da atividade física regular e metodologias de educação em saúde, sob responsabilidade de um educador físico convidado.

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade a realização de atividade física regular dos diabéticos mantendo registro atualizado em 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: Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus organizando práticas coletivas para a realização de atividade física, sob responsabilidade de toda a equipe.

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

Detalhamento: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; mediante palestras, sala de espera e visitas domiciliares.

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: Capacitar a equipe de saúde e os ACS em reuniões semanais na unidade sobre a promoção da prática de atividades físicas regulares e metodologias de educação em saúde, sob responsabilidade de um educador físico convidado.

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade o hábito do tabagismo nos usuários hipertensos atualizando a ficha de atendimento.

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

Detalhamento: Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa contra o tabagismo organizando grupos para estudo sobre abandono ao tabagismo, sob responsabilidade da psicóloga.

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

Detalhamento: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Abandono o tabagismo; mediante palestras, sala de espera e visitas domiciliares.

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: Capacitar a equipe de saúde e os ACS em reuniões semanais na unidade para o acompanhamento e tratamento de usuários tabagistas e metodologias de educação em saúde, sob responsabilidade da psicóloga.

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade o hábito do tabagismo em usuários diabéticos atualizando a ficha de atendimento para monitoramento dos tabagistas.

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

Detalhamento: Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa contra o tabagismo organizando encontros com grupo de tabagistas e consulta particularizada aos usuários diabéticos tabagistas, sob responsabilidade do médico e da psicóloga.

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

Detalhamento: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Abandono o tabagismo; mediante palestras, sala de espera e visitas domiciliares.

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: Capacitar a equipe de saúde e os ACS em reuniões na unidade para o tratamento de usuários tabagistas e utilização de metodologias de educação em saúde, sob responsabilidade do médico e da psicóloga.

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade a realização de orientações sobre higiene bucal aos hipertensos, sob responsabilidade do odontólogo.

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

Detalhamento: Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa Atenção Odontológica organizando a agenda para destinar um tempo médio de consultas a fim de garantir orientações de qualidade em nível individual.

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

Detalhamento: Informar a comunidade sobre importância de higiene bucal por meio de palestras educativas, sob responsabilidade do odontólogo.

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

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde e os ACS sobre as orientações adequadas de higiene bucal que deverão ser fornecidas aos usuários hipertensos, sob responsabilidade do odontólogo.

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade sobre higiene bucal que deverá ser fornecida aos diabéticos, sob responsabilidade do odontólogo.

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

Detalhamento: Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa Atenção Odontológica organizando tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual aos usuários diabéticos, sob responsabilidade de toda a equipe.

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

Detalhamento: Informar a comunidade sobre a importância da higiene bucal aos usuários diabéticos, sob responsabilidade do odontólogo.

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

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde e os ACS em reuniões semanais na unidade sobre como e o que oferecer de orientações quanto à higiene bucal dos usuários diabéticos, sob responsabilidade do odontólogo.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 60% 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 60% 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 priorizada.

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

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 priorizada.

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

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 realizar a intervenção qualificando o Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos adotaremos o protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus do Ministério da Saúde, 2013. Também utilizaremos a ficha-espelho disponibilizada pelo curso (**Anexo C**) e a ficha de atendimento individual que será elaborada pelo médico e pela enfermeira além de manter os registros no prontuário clínico do usuário.

Estimamos alcançar com a intervenção a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de cobertura da Unidade. Sabemos que a unidade será dividida em pouco tempo. Assim, teremos que rever o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos que permanecerão adstritos à unidade. Faremos contato com gestor municipal para disponibilizar as fichas-espelho que serão armazenadas em separado facilitando o acesso rápido às informações bem como a impressão das fichas complementares que serão anexadas ao prontuário para acompanhamento destes usuários. Também solicitaremos ao gestor para disponibilizar os materiais para avaliação dos usuários como material para aferição da pressão arterial, hemoglicoteste, antropometria, entre outros que serão necessários para a avaliação dos usuários. Para o lançamento dos dados na planilha eletrônica de coleta de dados (**Anexo B**) disponibilizada pelo curso será utilizada a ficha-espelho.

A equipe já tomou conhecimento sobre o RAS e o foco para a intervenção. Para que toda a equipe utilize o protocolo de HAS e DM como referência à atenção de hipertensos e diabéticos será realizada a capacitação da mesma durante uma hora no horário tradicionalmente usado para reunião da equipe antes de iniciar a intervenção e serão mantidas ao longo da mesma. Para esta capacitação cada membro da equipe estudará uma parte do protocolo e a exporá aos demais membros da equipe.

Para organizar o registro específico do programa a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço para consulta pelo Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus nos últimos 3 meses. Após, localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha-espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro

monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, vacinas, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

O acolhimento na UBS será realizado pelo técnico de enfermagem e pela enfermeira. O cadastramento e a busca ativa dos usuários faltosos às consultas serão realizados pelos ACS. As intercorrências agudas serão priorizadas para consulta disponível pelo pronto atendimento. Para agendamento dos usuários hipertensos e diabéticos provenientes da busca ativa serão reservados cinco consultas por semana.

Os usuários hipertensos e/ou diabéticos terão atendimento priorizado em dois dias da semana, mas nos demais dias todos que chegarem à unidade também serão atendidos. O monitoramento dos usuários será realizado pelos médicos, enfermeira, técnicos de enfermagem e pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na UBS com frequência mensal. A checagem será realizada por meio da ficha de atendimento individual, ficha-espelho e prontuário do usuário.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização do mesmo. Disponibilizaremos vídeos educativos para sala de espera e encontros em grupos sobre estas doenças e solicitaremos apoio da comunidade no sentido de esclarecer sobre a necessidade de priorização do atendimento a este grupo populacional.

As palestras educativas destinadas à capacitação da equipe bem como para a educação em saúde para os usuários e comunidade serão realizadas ao longo de toda a intervenção pelo médico, enfermeira, odontólogo, nutricionista, psicólogo e educador físico convidado sobre a importância da adequada verificação da pressão arterial e realização do hemoglicoteste além de temas sobre os principais fatores de riscos como tabagismo, sedentarismo, obesidade, atividade física, alimentação saudável, dieta pobre em sódio e gordura, higiene bucal, entre outros que podem influenciar negativamente na qualidade de vida dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A área de abrangência da Unidade Antônio Pereira do município de Alto Alegre/RR foi dividida em duas Unidades um pouco antes de iniciarmos o processo de intervenção. Assim, a mesma que possuía em sua área de abrangência uma população de 3.490 pessoas com a finalização da obra da nova unidade e com a chegada de mais um médico a população indígena passou a ser atendida por uma nova equipe composta pelo médico que chegou, por uma enfermeira e um técnico de enfermagem e ACS. A Unidade Antônio Pereira manteve a sua equipe inicial (médico, enfermeira, técnica de enfermagem, um odontólogo, uma técnica de saúde bucal e 6 ACS), mas passou a ter responsabilidade apenas sob uma população de 1.573 usuários com a qual foi realizada a intervenção.

As atividades referentes ao processo de intervenção iniciaram no dia 30 de janeiro de 2015 com uma das capacitações previstas no cronograma sobre o protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus em que houve a participação de todos os profissionais de saúde da Unidade Antônio Pereira. Identificamos, com a ajuda das Agentes Comunitárias de Saúde e dos demais membros da equipe, os usuários que fariam parte da intervenção a ser desenvolvida.

Destacamos 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 devida ao período de férias estendido do especializando a fim de ajustar as defesas dos trabalhos de conclusão do curso ao calendário estabelecido pela Universidade Federal de Pelotas/RS, sem prejuízo das ações realizadas.

Informamos que a ficha de acompanhamento proposta no início do projeto não foi desenvolvida pelo médico e pela enfermeira, pois a ficha-espelho disponibilizada pelo curso (**Anexo C**) supriu a coleta de todos os dados necessários para o acompanhamento e monitoramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos avaliados no serviço.

Também foi disponibilizada na Unidade de Saúde a versão impressa do protocolo do Ministério da Saúde sobre hipertensão e diabetes. Nos encontros de capacitações que ocorreram ao longo da intervenção houve a participação de todos os membros da equipe sempre com o intuito de esclarecer dúvidas sobre o protocolo e o projeto reorientando as ações, quando necessário. Durante a intervenção, as reuniões de equipe foram utilizadas para discutir e analisar as atividades desenvolvidas. Foram impressas as fichas-espelho pela gestão local.

Assim, foram avaliados 163 usuários nessas 12 semanas de intervenção. Destes, 109 (45,6%) hipertensos e 54 (91,5%) diabéticos com atendimento de 4 usuários hipertensos e/ou diabéticos por turno, em média, totalizando 40% das consultas/turno. Destes, um total de 4,3% (7) possuía comorbidade associada. Apesar de ser um resultado positivo não conseguimos atingir a meta proposta inicialmente para o grupo de hipertensos.

Realizamos avaliação de 9 usuários em nível domiciliar pela dificuldade que apresentavam para se locomover até a unidade. Todos estavam com exames complementares atrasados e vários com a pressão arterial descompensada. Ao final da intervenção, os exames estavam em dia, a pressão arterial (PA) controlada, as receitas atualizadas e a maioria estava fazendo uso de medicações pertencentes à farmácia popular. Está acordado com a gestora da unidade que todo mês os usuários hipertensos e/ou diabéticos impossibilitados de comparecerem à unidade receberão a visita de profissionais da unidade para avaliação e, caso necessário, serão agendadas consultas médicas a domicílio.

Também foram realizadas mais 10 visitas domiciliares em busca dos faltosos às consultas. A demanda de atendimentos na unidade é pequena, por isso havia prioridade para realização de visita domiciliar por parte dos gestores. Entretanto, não foram realizadas mais visitas domiciliares pela dificuldade de acesso às casas dos usuários pertencentes à UBS.

Foram realizados, na UBS, 4 encontros com os grupos de hipertensos e/ou diabéticos. Não houve resistência da gestora em permitir que eu acompanhasse a

atividade desde o começo. Após inúmeras conversas com a mesma e com a equipe, houve liberação para participar das atividades no grupo e, posteriormente, realizar o atendimento aos outros usuários na unidade.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Mesmo com determinado nível de dificuldade, todas as ações previstas foram desenvolvidas, apesar de inicialmente as minhas participações nos grupos terem promovido certo desentendimento com os gestores. Entretanto, sempre tive o apoio da equipe bem como das lideranças comunitárias para prosseguir. Ainda, para a realização de visitas domiciliares informamos que a mesma foi realizada com muita dificuldade devido à grande distância entre as casas dos usuários e da UBS além de serem locais de difícil acesso até mesmo para chegar de carro e por isso foi realizado um número reduzido de visitas domiciliares durante o período da intervenção.

Além dos fatos citados, a falta de dados cadastrais da população adstrita também contribuiu para que a meta de cobertura do programa para hipertensos não fosse atingida.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A busca ativa foi realizada a contento em função do preenchimento adequado dos dados na ficha-espelho, possibilitando o contato. Entretanto, a demanda de atendimentos das outras ações, a falta de membros na equipe de enfermagem e o período de férias inviabilizaram a revisão periódica das fichas-espelho em busca de mais faltosos, mas não houve nenhuma dificuldade em relação ao uso da ficha-espelho para coleta dos dados, preenchimento e sistematização dos mesmos na planilha eletrônica disponibilizada pelo curso.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção certamente foi positiva, pois houve incorporação das ações às atividades rotineiras da unidade. Com a ajuda das lideranças comunitárias a população agora possui um conhecimento mais abrangente sobre hipertensão e diabetes mellitus. Mantemos dois dias por semana para o atendimento prioritário aos hipertensos e diabéticos bem como o agendamento para avaliação odontológica que

anterior à intervenção não existia, sem prejuízo às demais ações. Também, agora é possível agendar a realização de exames complementares para o dia anterior à consulta com resultado em 24 horas. Houve melhorias quanto ao tempo e à disponibilidade de consultas especializadas, pois contamos com um cardiologista, um endocrinologista e um nutricionista, uma vez ao mês, que anterior à intervenção era a cada 3 meses.

Os medicamentos do Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus são fornecidos pela farmácia popular e entregues pelos Agentes Comunitários de Saúde a cada usuário em sua casa que antes necessitavam vir até a Unidade para fazer a retirada dos mesmos. Além disso, acordamos com Secretaria da Saúde para que todos os meses as palestras sobre as doenças e para esclarecimento de dúvidas sobre as mesmas continuem a serem realizadas para a comunidade.

Houve melhorias quanto ao acolhimento do usuário que busca a UBS com urgência ou emergência para o atendimento bem como a intervenção proporcionou maior envolvimento da população em atividades promovidas pela UBS representando o exercício do controle social.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A seguir, serão apresentados os resultados da intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Antônio Pereira, no município de Alto Alegre/RR. A intervenção foi realizada entre os meses de fevereiro e junho de 2015. A mesma foi direcionada para a qualificação da atenção aos usuários com HAS e DM com 20 anos ou mais objetivando melhorar a qualidade de vida desse grupo etário.

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

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

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

Dentre os 239 hipertensos estimados com 20 anos ou mais, apenas 35 estavam em acompanhamento na unidade representando 14,6% do total estimado. Ao final dos três meses da intervenção foram avaliados 109 usuários hipertensos residentes na área de abrangência que procuraram o serviço e os que foram atendidos no domicílio e foram avaliados clinicamente e cadastrados no programa. Como percentual final, obteve-se uma cobertura de 45,6% não alcançando os índices planejados anterior à intervenção (100%).

Conforme a **Figuras 1**, no primeiro mês da intervenção foram incorporados mais 40 usuários alcançando-se uma cobertura de 16,7%, no transcurso do segundo mês a ação ascendeu para 31,8% (76), no terceiro mês com o impacto da divulgação do programa e o trabalho da equipe, obteve-se

cobertura de 45,6% (109) durante a última etapa, sendo maior o número de hipertensos incorporados à intervenção.

Foram estabelecidas como metas para ampliação da cobertura do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, 100%, respectivamente. As ações que mais auxiliaram na captação dos hipertensos e diabéticos foram a revisão dos prontuários e a busca ativa realizada pelos ACS por meio da realização de visitas domiciliares de rotina, mesmo com dificuldades de acesso, observando a assiduidade do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos e orientando-os a realizar adequadamente seu tratamento na Unidade de saúde. Além disso, o cadastro realizado pela equipe de todos os hipertensos com 20 anos ou mais que compareceram à UBS e a divulgação do programa às lideranças comunitárias e a população em geral.

Um dos fatores que impediu a contemplação dessa meta foi a distância de uma casa a outra, assim como o transporte para chegar onde moram os usuários, pois não possibilitou visitas regulares. Além disso, vale lembrar que a pirâmide etária da região norte do país, ainda tem sua base bastante alargada e seu ápice estreito, diferente de como se comporta nos Estados mais desenvolvidos do país, e isso pode favorecer a um número superestimado de portadores de hipertensão e/ou diabetes na localidade.

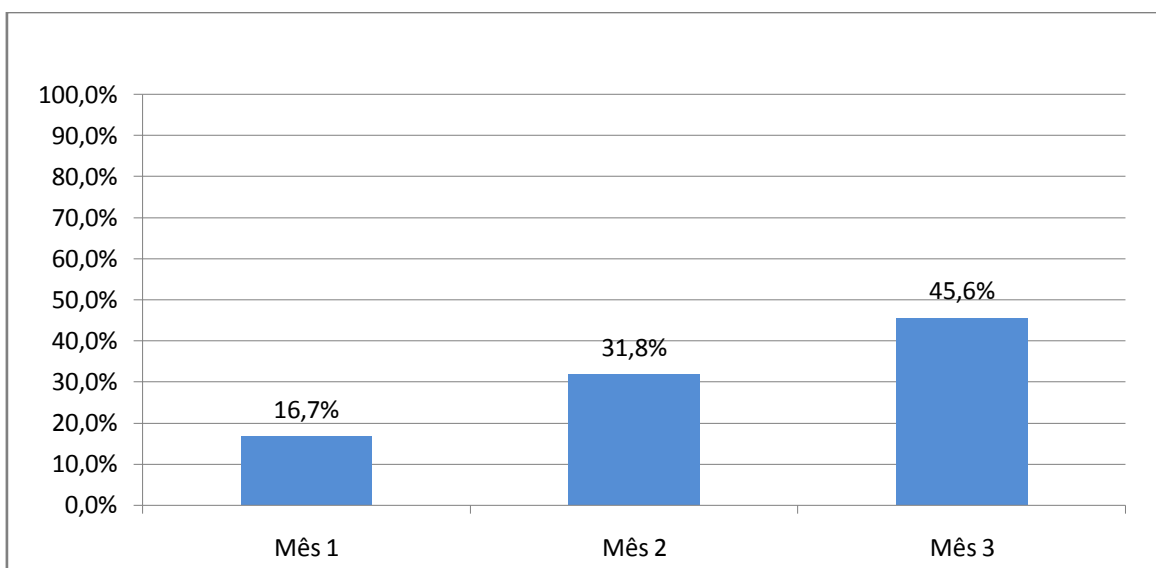


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde na ESF Antônio Pereira do Município de Alto Alegre, RR, 2015.

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

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

Dentre os 59 diabéticos com 20 anos ou mais estimados para a área de abrangência da UBS um total de 11,8% (15) estavam em acompanhamento no início da intervenção e ao finalizarmos a mesma alcançamos um total de 91,5% (54) não atingindo os índices planejados de 100% (59).

Conforme a **Figuras 2**, no primeiro mês de intervenção foram incorporados 33,5% (20), já durante o segundo mês aumentamos para 67,8% (40). Os resultados foram alcançados pela divulgação da mesma e ao concluirmos o terceiro mês alcançamos o índice de 91,5% (54). As ações que mais auxiliaram para alcançar a meta de cobertura foram o cadastro pela equipe de todos os diabéticos com 20 anos ou mais pertencentes à área adstrita e orientação à comunidade sobre o programa e na rápida incorporação dos usuários diabéticos ao mesmo.

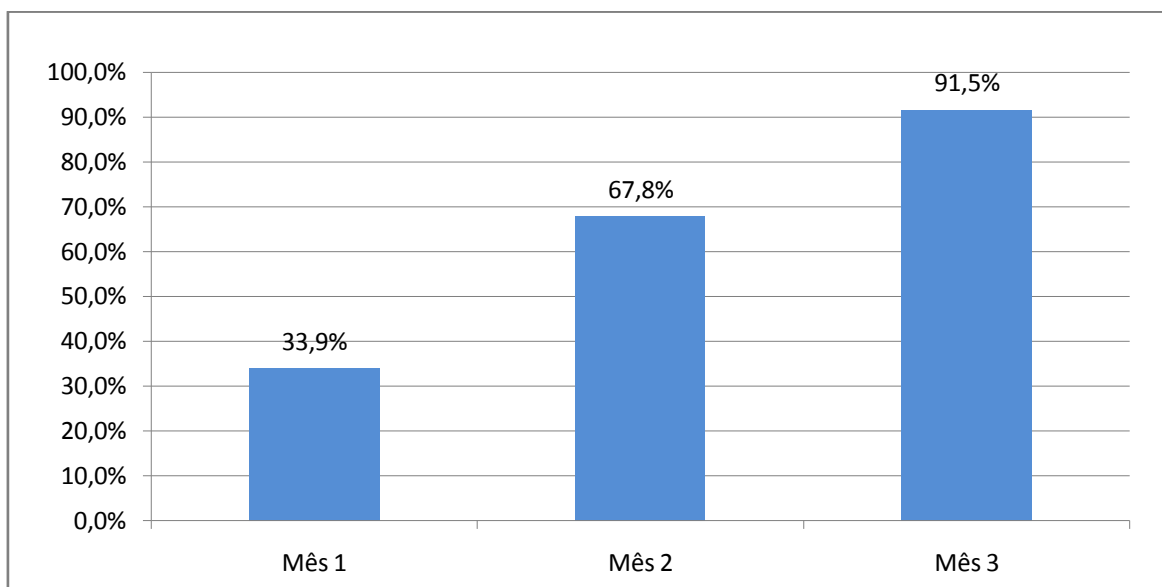


Figura 2 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde na ESF Antônio Pereira do Município de Alto Alegre, RR, 2015.

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.

Com a estratégia de melhorar a qualidade de exame físico apropriado aos hipertensos alcançamos ao término da intervenção 97,2% (106). No primeiro mês da intervenção alcançamos 92,5% (37), já no segundo mês aumentamos para 96,1% (73), e ao término do terceiro mês chegamos a 97,2% (106). Muitos usuários não tinham conhecimento do índice de massa corporal e não faziam o cálculo há muito tempo. Com a intervenção todos os usuários foram avaliados segundo o protocolo de atendimento, mas destacamos que avaliar a tomada de pressão arterial já fazia parte da rotina das consultas na unidade.

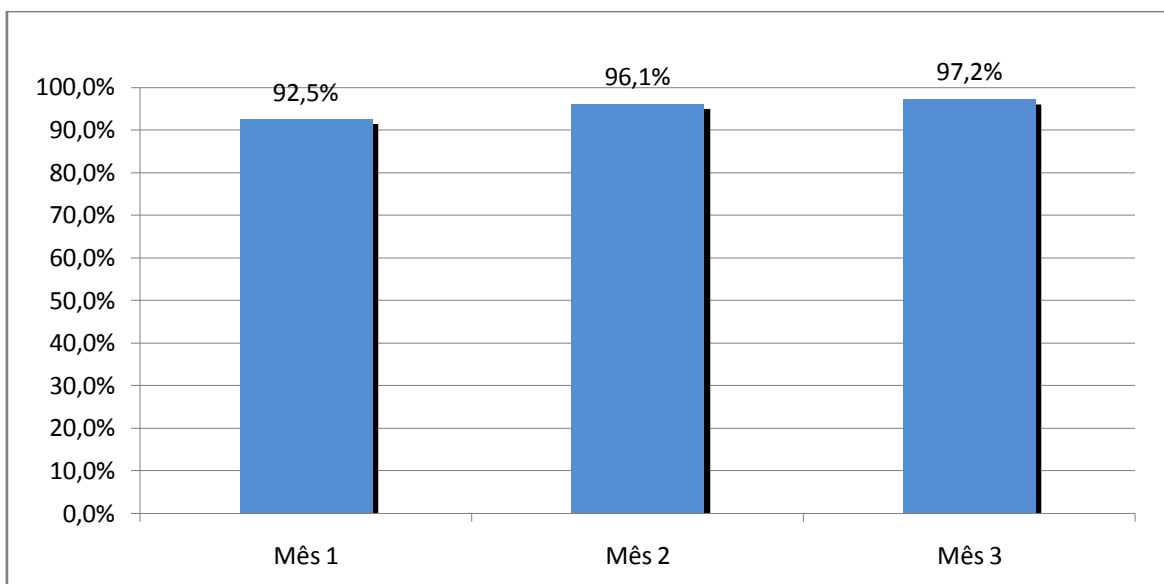


Figura 3 – Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Antônio Pereira do Município de Alto Alegre, RR, 2015.

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.

O exame clínico de acordo com o protocolo adotado, preconizado pelo Ministério da Saúde, foi realizado em 100% dos usuários avaliados durante a intervenção. No primeiro mês, o exame clínico foi realizado em 20 usuários diabéticos, no segundo mês a 40 e no terceiro mês a 54 diabéticos.

O resultado deste indicador de qualidade representa o treinamento da equipe para fazer os testes de glicemia de forma adequada, além da disponibilidade na unidade de todo o material necessário para esses

procedimentos e do manual impresso para esclarecimento de dúvidas da equipe a qualquer momento durante as atividades. Destaca-se que muitos dos materiais para a realização da intervenção foram garantidos pelo gestor municipal.

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.

No início da intervenção os exames complementares eram um problema, pois os gestores não agendavam os mesmos. Após a realização de reuniões da equipe com os gestores e lideranças comunitárias conseguimos agendamento e realização de exames complementares em até 24 horas. Ao término do primeiro mês 80% (32) dos usuários realizaram os exames, no segundo mês aumentou para 89,5% (68) e ao terminarmos a intervenção alcançamos 92,7% (101) do total de usuários hipertensos que realizaram os exames complementares.

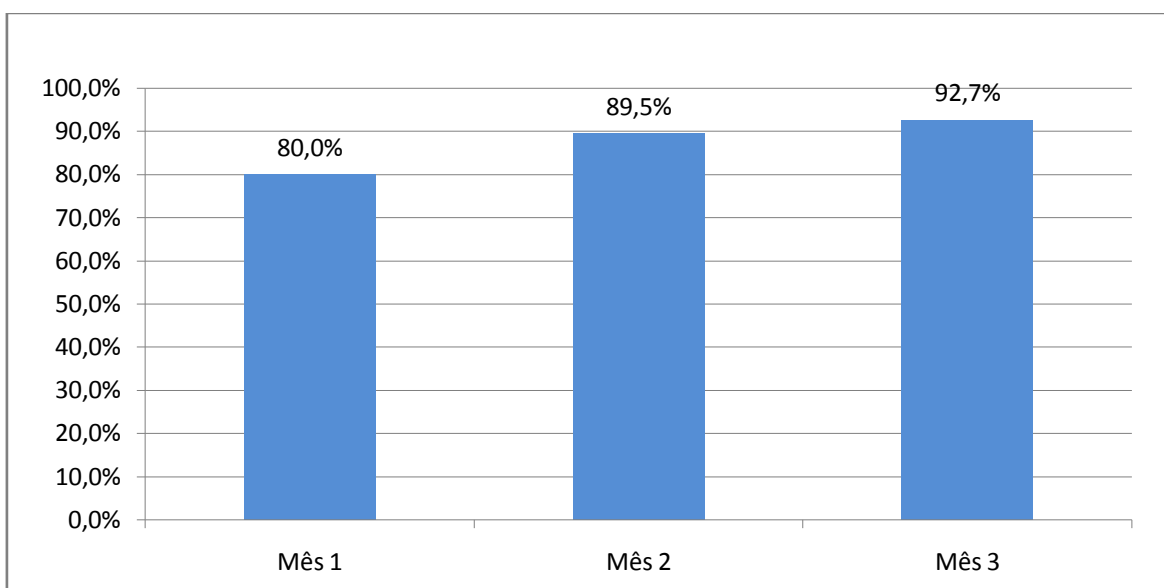


Figura 4 – Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Antônio Pereira do Município de Alto Alegre, RR, 2015.

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.

Este indicador apresentou bons índices desde o início da intervenção, já no primeiro mês 95% (19) dos usuários diabéticos realizaram os exames

complementares, durante o segundo mês mais 20 usuários realizaram os exames perfazendo 97,5%(39), e ao finalizarmos a intervenção alcançamos 98,1% (53). Os exames complementares para avaliação dos diabéticos conforme determinado pelo MS foram solicitados para 100% desses usuários. Entretanto, apenas uma pequena parcela retornou para mostrar os resultados dos exames. Entre os exames que os usuários frequentemente não retornaram foram os de proteinúria (diurese de 24h) para identificação de lesão de órgão alvo e dosagens de hormônios.

A realização dos exames complementares foi facilitada pelo acordo com a Secretaria Municipal de Saúde que disponibilizou os exames laboratoriais essenciais (eletrocardiograma; dosagem de glicemia, colesterol total e suas frações, creatinina, potássio e realização da análise do sedimento urinário). Porém, a falta de interesse dos usuários em realizar em tempo hábil esses exames, a sobrecarga de serviço dos laboratórios da rede pública e a necessidade de os usuários chegarem muito cedo nos pontos de coleta para conseguir ficha para serem atendidos e realizar os exames prejudicaram a contemplação dessa meta. Muitos até retornaram com resultados, mas não possuíam a totalidade dos solicitados conforme o protocolo.

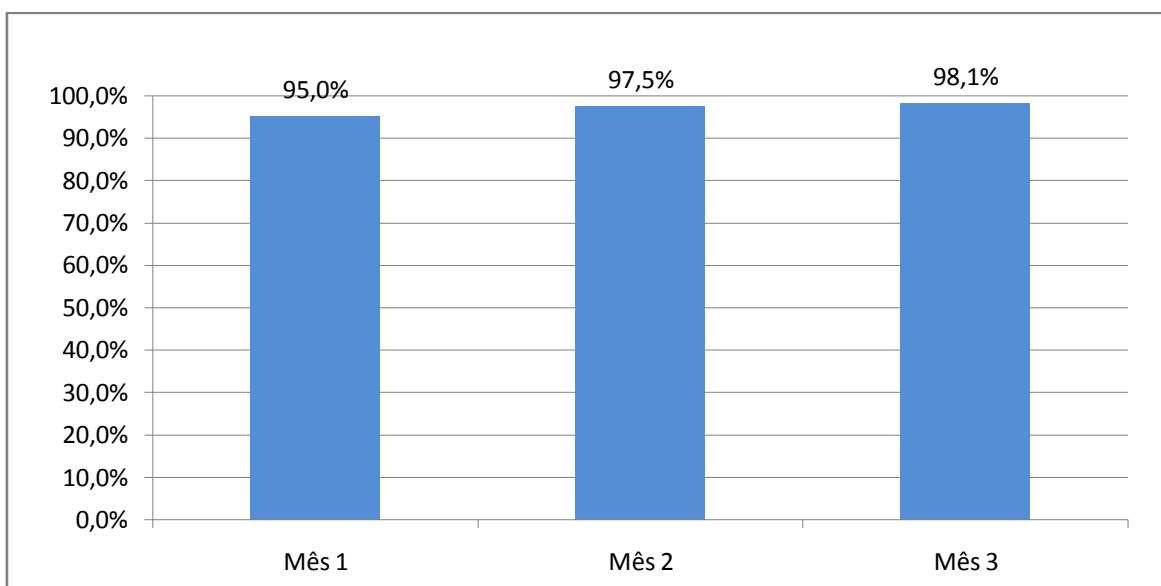


Figura 5 – Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Antônio Pereira do Município de Alto Alegre, RR, 2015.

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.

Todos os participantes do programa portavam prescrição com medicamentos pertencentes à lista da Farmácia Popular, totalizando desta forma 100% de resolutividade para este indicador em todos os meses da intervenção. Isso se deu devido à observação e cuidado em propor o tratamento medicamentoso associado às modificações do estilo de vida com medicações que controlassem suas enfermidades e não comprometessem a renda dessas pessoas. No primeiro mês 40 (100%) usuários hipertensos tinham prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, no segundo mês 76 (100%) e no terceiro mês um total de 109 (100%) usuários.

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.

Em relação a esta meta observa-se que a proporção com prescrição de medicamentos ocorreu de maneira crescente. Assim, conseguimos priorizar a prescrição de medicamentos para 20 (100%) usuários diabéticos no primeiro mês para 40 (100%) usuários no segundo mês e para 54 (100%) diabéticos no terceiro mês, perfazendo 100% dos usuários acompanhados durante a intervenção.

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.

Quanto ao atendimento odontológico oferecido duas vezes na semana na unidade pelo odontólogo, no primeiro mês 87,5% (35) dos usuários hipertensos foram avaliados, no segundo mês 93,4% (76) e no terceiro mês 95,4% (104) receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Para atender a demanda de atendimento do profissional odontólogo ao grupo de hipertensos e/ou diabéticos reservamos os mesmos dias para o atendimento clínico. Assim, não havia necessidade dos usuários deslocarem-se mais de uma vez ao serviço.

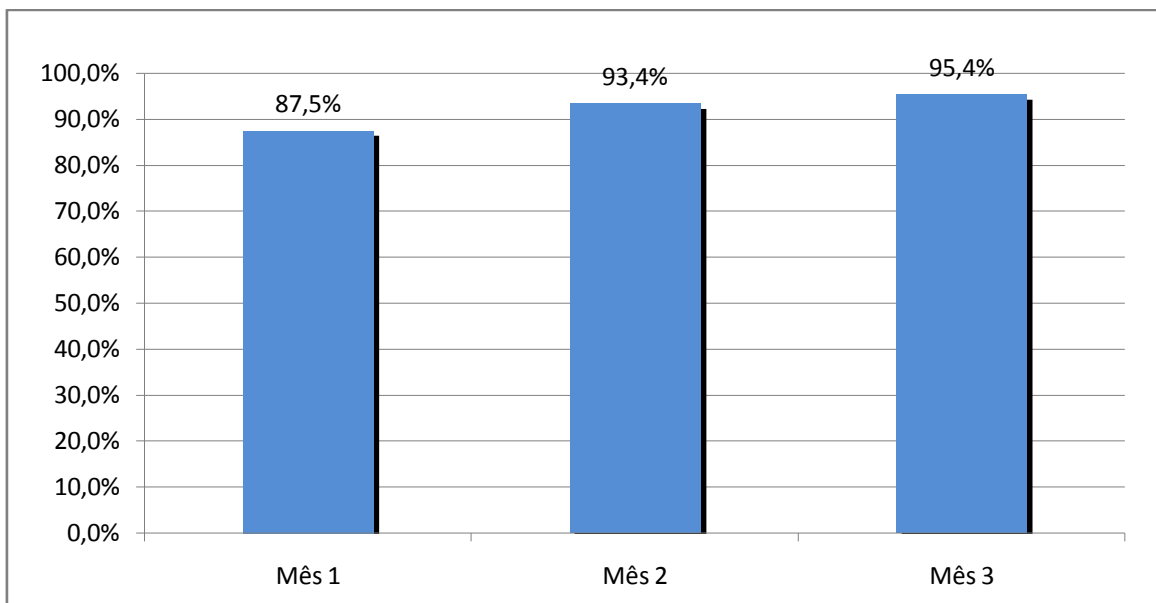


Figura 6 – Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Antônio Pereira do Município de Alto Alegre, RR, 2015.

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.

O atendimento odontológico foi realizado a 100% dos usuários diabéticos durante toda a intervenção com avaliação de 20 usuários no primeiro mês, 40 no segundo mês e 54 no terceiro mês pelo odontólogo da unidade dois dias na semana.

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.

Em relação à busca dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada observa-se que a proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa foi de 100% durante os três meses de atuação. Em relação aos hipertensos faltosos com necessidade de

busca ativa tivemos 2 (100%) no primeiro mês, 6 (100%) no segundo mês e 10 (100%) no terceiro mês.

A atividade facilitadora para a obtenção desses resultados foi a busca ativa pelos ACS, as palestras e orientações realizadas por todos os funcionários da Unidade para resgatar os usuários que estavam com seu acompanhamento comprometido por absenteísmo. As visitas foram possíveis de serem realizadas apesar da distância, pois foram poucos os usuários faltosos durante a intervenção.

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.

Em relação aos diabéticos, durante o primeiro mês não houve usuários diabéticos faltosos, no segundo mês houve 2 (100%) faltosos com busca ativa realizada e no terceiro mês 6 (100%) usuários diabéticos faltaram à consulta e foram buscados. Este resultado é atribuído ao trabalho da equipe de saúde bem como o das lideranças comunitárias.

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.

Em relação a esta meta observa-se que a proporção de registro adequado na ficha-espelho de acompanhamento ocorreu de maneira crescente. Para os usuários hipertensos, no primeiro mês, 97,5% (39) estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês 98,7% (75) e no terceiro mês 99,1% (108). A dificuldade de realizar os registros no início da intervenção foi devido à disponibilização tardia das fichas-espelho impressas.

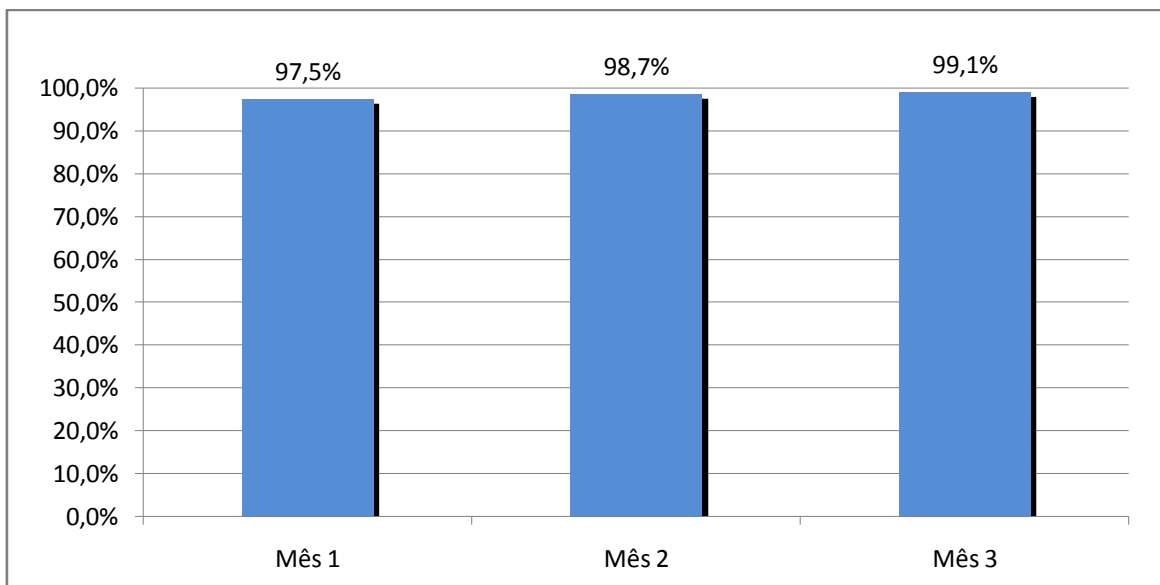


Figura 7 – Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Antônio Pereira do Município de Alto Alegre, RR, 2015.

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.

Realizamos registro adequado na ficha de acompanhamento dos usuários diabéticos no primeiro mês para 100% (20), no segundo mês mantemos 100% (40) de registro adequado e no terceiro mês 100% (54) dos usuários foram mantidos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

Foi estabelecido como meta realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. No que se refere à estratificação de risco para os hipertensos temos no primeiro mês um total de 95,0% (38) de usuários com estratificação de risco realizada, no segundo mês foi realizada para 97,4% (74) e no terceiro mês da intervenção um total de 98,2%

(107) dos hipertensos estavam com o risco cardiovascular estratificado realizado pelo médico especializando.

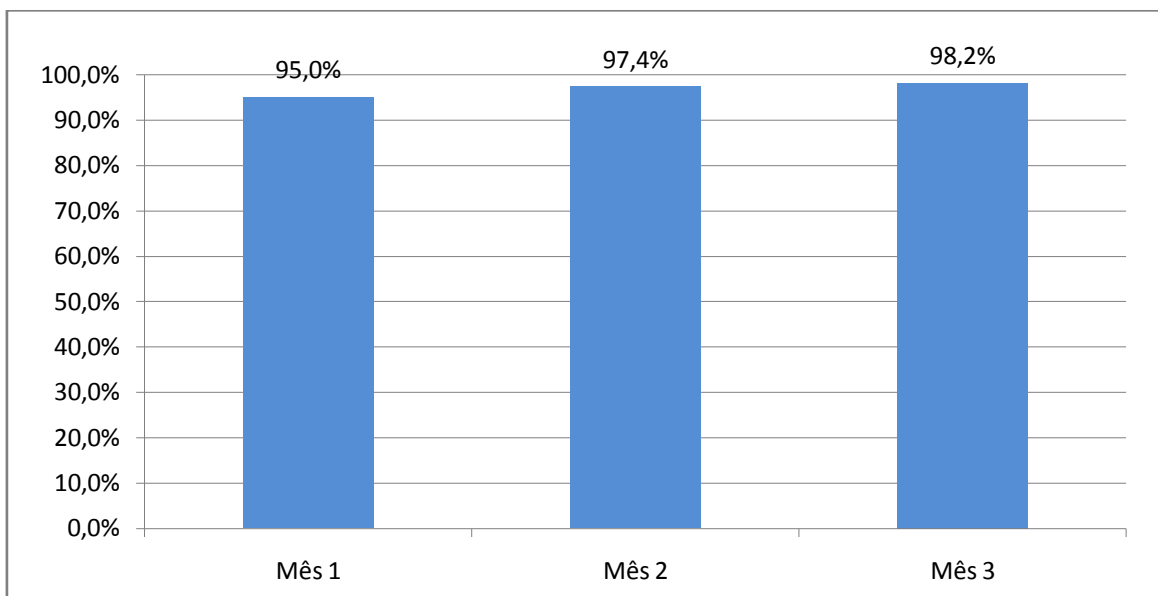


Figura 8 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Antônio Pereira do Município de Alto Alegre, RR, 2015.

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.

Em relação aos diabéticos temos no primeiro mês 100% (20), no segundo mês da intervenção também 100% (40) e no último mês foram também mantidos 100% (54) de usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular pela escala de Framingham realizada pelo médico especializando. Quando detectado o risco, os usuários hipertensos e/ou diabéticos eram encaminhados para o especialista (cardiologista, endocrinologista, nutricionista e/ou psicóloga) segundo o risco detectado.

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.

As orientações em relação às modificações do estilo de vida que incluem orientação nutricional sobre alimentação saudável foram realizadas durante a

consulta de maneira privada e respeitando as particularidades de cada um bem como de maneira coletiva nas palestras realizadas antes das consultas do Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus.

Dessa forma, as metas propostas foram atingidas integralmente em todos os meses da intervenção sendo realizadas orientações no primeiro mês para 100% (40), mantendo no segundo mês para 100% (76) e no terceiro mês concluímos com orientações nutricionais sobre alimentação saudável para 100% (109) dos usuários hipertensos acompanhados.

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.

As orientações nutricionais sobre alimentação saudável para o grupo de diabéticos acompanhados na unidade foram semelhantes, pois no primeiro mês 20 usuários receberam orientações nesse sentido, no segundo mês 40 usuários diabéticos foram contemplados com as orientações e no terceiro mês um total de 54 diabéticos recebeu orientações, perfazendo 100% da meta atingida em todos os meses.

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.

A prática regular de atividade física melhorou muito com a participação de um professor de educação física que colaborou promovendo modificações no modo e estilo de vida dos usuários hipertensos. Assim, 100% da população hipertensa acompanhada durante a intervenção teve participação em atividades físicas. No primeiro mês receberam orientações sobre a importância da realização de atividade física bem como participaram das atividades um total de 40 usuários, no segundo mês alcançamos 76 usuários e no terceiro mês subimos para 109, totalizando 100% de alcance da meta entre os acompanhados.

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.

Da mesma forma como aos hipertensos foram disponibilizadas orientações e atividades para o grupo de diabéticos. Assim, no primeiro mês 20 usuários diabéticos foram alcançados com a intervenção, no segundo mês este número subiu para 40 e no terceiro mês alcançamos um total de 54 usuários diabéticos orientados quanto à importância da realização de atividades físicas bem como participantes das mesmas, perfazendo 100% em todos os meses.

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.

As atividades de promoção e prevenção de riscos do tabagismo foram garantidas a 100% dos hipertensos acompanhados durante a intervenção. Assim, estas orientações foram oferecidas a 40 usuários ao longo do primeiro mês, a 76 no segundo mês e a 109 hipertensos ao finalizarmos o terceiro mês de intervenção.

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.

As atividades de promoção e prevenção de riscos do tabagismo também foram garantidas a 100% dos diabéticos acompanhados durante a intervenção. Assim, estas orientações foram oferecidas a 20 usuários diabéticos durante o primeiro mês, a 40 usuários no segundo mês e a 54 diabéticos ao término do terceiro mês de intervenção, perfazendo 100% da meta atingida em todos os meses durante a intervenção.

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

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

As atividades de orientação sobre saúde bucal foram garantidas a 100% dos hipertensos acompanhados durante a intervenção. Deste modo, as

orientações sobre saúde bucal foram oferecidas a 40 usuários hipertensos durante o primeiro mês, a 76 usuários no segundo mês e a 109 hipertensos ao término do terceiro mês de intervenção, perfazendo 100% da meta proposta.

Tivemos também a participação do odontólogo com palestras sobre saúde bucal e aplicação de flúor aos usuários diabéticos para prevenção de cáries.

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

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

As atividades de orientação sobre saúde bucal também foram garantidas a 100% dos diabéticos acompanhados durante a intervenção. Assim, as orientações foram oferecidas a 20 usuários diabéticos durante o primeiro mês, a 40 usuários no segundo mês e a 54 diabéticos ao término do terceiro mês de intervenção, perfazendo 100% da meta proposta.

Tivemos também a participação do odontólogo com palestras sobre saúde bucal e aplicação de flúor aos usuários hipertensos para prevenção de cáries.

4.2 Discussão

A intervenção na Unidade Básica de Saúde (UBS) propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, melhoria dos registros e qualificação da atenção com destaque para a ampliação da realização dos exames aos diabéticos bem como classificação de risco para ambos os grupos.

Com a intervenção houve mudanças positivas na qualidade dos atendimentos e um incremento gradual na cobertura do acompanhamento de hipertensos e/ou diabéticos adstritos à área de abrangência da Unidade. A mesma permitiu-nos trabalhar sobre a base de indicadores de qualidade, planejar a execução das atividades e desenvolver ações para diagnóstico precoce dos agravos advindos com as referidas doenças.

Além disso, os vínculos com a população foram fortalecidos favorecendo algumas transformações, especialmente culturais. Constatamos que é necessário continuar trabalhando para a conscientização de todos os usuários da Unidade a

fim de que possam mudar o modo e estilo de vida garantindo qualidade de vida a esta parcela da população.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e do diabetes. Esta atividade promoveu a integração de toda equipe envolvendo o médico, a enfermeira, a técnica de enfermagem, os ACS e a recepção impactando nas demais atividades da unidade.

Anterior à intervenção, as atividades de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos eram concentradas no atendimento médico. Após a realização da intervenção foram revistas as atribuições de cada membro da equipe, o que viabilizou a atuação em equipe para um atendimento de qualidade a um maior número de pessoas.

A melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e/ou diabéticos, viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos foi primordial quanto à priorização do atendimento dos mesmos.

No entanto, a intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional tivéssemos discutido as atividades desenvolvidas junto à equipe. Acreditamos que também faltou uma articulação com a comunidade para apresentar os critérios para priorização da atenção e discutir com a mesma a melhor maneira de implementar isto no serviço.

Neste momento, ao finalizarmos a intervenção percebemos a integração da equipe e a facilidade de preenchimento das fichas-espelho que inicialmente foi bastante difícil. Mas, ainda necessitamos superar algumas dificuldades encontradas para a realização das atividades como a falta de transporte para a equipe realizar as visitas domiciliares nos locais mais distantes da unidade.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isso, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção aos hipertensos e diabéticos, em especial os que apresentam alto risco.

Todas as informações solicitadas na ficha-espelho foram coletadas de forma satisfatória. Outrossim, necessitamos trabalhar para aumentar o índice de

cobertura da população hipertensa, pois a equipe atingiu 45,6% (109) do total dos usuários hipertensos pertencentes à unidade de saúde.

Entre as mudanças ocorridas com a intervenção destacamos a disponibilização de medicamentos na farmácia da unidade, a realização dos exames clínicos pelo laboratório todos os dias com resultado disponível para o dia seguinte, pois antes da intervenção os usuários tinham que deslocar-se para a capital do estado para realizá-los. Além disso, a gestão disponibilizará de mais verbas para aquisição de medicamentos necessários para o tratamento dos hipertensos e diabéticos.

Também houve disponibilização de atendimento de especialidades como cardiologista, endocrinologista e nutricionista uma vez ao mês. Além destas, também foi pactuado o atendimento pediátrico, ginecológico, psicológico e reabilitação a cada 15 dias na Unidade. Diante disso, não há mais necessidade da população deslocar-se para a capital do estado para receber o atendimento que, muitas vezes, era desgastante.

Ainda, pela intervenção fixamos dois dias na semana para o atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos. Também disponibilizamos um professor de educação física para realização de atividades com o grupo de hipertensos e/ou diabéticos, duas vezes na semana.

A partir do próximo mês pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de abrangência para alcançar a 100% da população, pois alcançamos 45,6% (109) dos hipertensos e 91,5% (54) dos diabéticos.

Tomando este projeto como exemplo também pretendemos implementar o programa na atenção ao pré-natal, pois a mesma constitui-se em uma outra ação programática importante para ser qualificada. Manteremos reuniões com as lideranças comunitárias para continuar planejando o desenvolvimento das atividades na Unidade de Saúde Antônio Pereira.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores municipais,

O Projeto de intervenção realizado na unidade Antônio Pereira do município de Alto Alegre/RR teve como objetivo central promover a melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde. A mesma evidenciou a importância da temática despertando na equipe de saúde a relevância desta ação para a comunidade.

Para concretizar o objetivo proposto reservamos dois dias na semana para o atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos propiciando melhoria da qualidade de atenção aos mesmos. As atividades foram desenvolvidas durante os meses de fevereiro e junho de 2015.

Utilizamos para o monitoramento da ação a ficha-espelho disponibilizada pelo curso de especialização em Saúde da Família ofertado pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) além de uma planilha de coleta de dados informatizada, também fornecida pelo curso.

Toda a equipe da unidade foi capacitada baseada no protocolo do Ministério da Saúde sobre hipertensão e diabetes mellitus para que o atendimento fosse dispensado aos usuários de forma qualificada e atenciosa bem como foi capacitada também para o preenchimento adequado das fichas-espelho e da planilha de coleta de dados para o curso, auxiliando ao especializando.

Foram estabelecidas como metas 100% de ampliação da cobertura do programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, respectivamente. Entretanto, durante a intervenção foram avaliados 45,6% (109) dos hipertensos e 91,5% (54) dos diabéticos estimados para a área. As ações que mais auxiliaram na captação

dos hipertensos e/ou diabéticos foram a revisão dos prontuários e a busca ativa realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por meio da realização de visitas domiciliares de rotina observando a assiduidade do acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos e orientando-os a realizar adequadamente seu acompanhamento e tratamento na Unidade de saúde.

A escolha em trabalhar com o grupo de hipertensos e diabéticos na unidade se deu a partir da necessidade do serviço qualificar o atendimento ao grupo de hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de cobertura da unidade. A seguir, um quadro resumo em que apresentamos a realidade anterior e pós a intervenção.

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.	14,6% (35)	45,6% (109)	11,8% (15)	91,5% (54)
Realização de exame clínico em hipertensos e/ou diabéticos	100%(35)	97,2% (107)	100%(15)	100% (54)
Realização de exames complementares em hipertensos e/ou diabéticos	96,1%(33)	92,7% (101)	97,2(14)	98,1% (53)
Prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES MELLITUS aos hipertensos e/ou diabéticos	100%(35)	100% (109)	100%(15)	100% (54)
Avaliação da necessidade de atendimento odontológico de hipertensos e diabéticos	100%(35)	95,4% (104)	100%(15)	100% (54)
Busca de hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas	0%(0)	100% (10)	0%(0)	100% (6)
Registro adequado em fichas-espelho ou de acompanhamento de hipertensos e/ou diabéticos	100%(35)	99,1% (108)	100%(15)	100% (54)
Realização da estratificação do risco cardiovascular em hipertensos e/ou diabéticos	98,0%(34)	98,2% (107)	100%(15)	100% (54)
Orientação nutricional à hipertensos e/ou diabéticos	100%(35)	100% (109)	100%(15)	100% (54)
Orientação sobre a prática de atividade física a hipertensos e/ou diabéticos	100%(35)	100% (109)	100%(15)	100% (54)
Orientação sobre os riscos do tabagismo a hipertensos e/ou diabéticos	100%(35)	100% (109)	100%(15)	100% (54)
Orientações sobre higiene bucal a hipertensos e/ou diabéticos	100%(35)	100% (109)	100%(15)	100% (54)

Figura 9 – Quadro demonstrativo da situação anterior e pós a intervenção realizada na unidade de ESF Antônio Pereira no município de Alto Alegre, RR entre os meses de fevereiro e junho de 2015.

Agora com a finalização da intervenção manteremos ativas todas as ações iniciadas com a intervenção como parte da rotina do serviço. Assim, a equipe da unidade de saúde realizará monitoramento mensal aos usuários hipertensos e/ou diabéticos já cadastrados e avaliados indo ao encontro daqueles que ainda não

foram avaliados durante a intervenção objetivando alcançar a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos residentes na área de abrangência da unidade Antônio Pereira e, especialmente, aos impossibilitados de comparecerem à unidade realizaremos visitas domiciliares para uma avaliação e, caso necessário, serão agendadas consultas médicas à domicílio para monitoramento contínuo.

Também gostaríamos de contar com a continuidade da disponibilização do professor de educação física para realização de atividades com o grupo de hipertensos e/ou diabéticos, duas vezes na semana, garantindo por meio da realização destas atividades a promoção da melhoria da qualidade de vida desta população.

E, tomando este projeto como exemplo pretendemos implementar o programa na atenção ao pré-natal e, para isso solicitamos o apoio dos gestores municipais bem como da equipe da unidade de saúde, pois esta ação constitui-se em uma outra importante ação programática para ser qualificada.

Manteremos reuniões com as lideranças comunitárias e convidamos aos gestores para que continuem a planejar conosco o desenvolvimento das atividades na Unidade de Saúde Antônio Pereira.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da Unidade Antônio Pereira, Alto Alegre/RR

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Durante o período da intervenção vocês atenderam à nossa convocação para comparecerem às consultas agendadas, participarem ativamente dos grupos do Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus e das demais atividades que realizamos ao longo das 12 semanas de intervenção. Neste momento gostaríamos de compartilhar alguns resultados alcançados com a mesma.

Inicialmente realizamos um levantamento da real situação de nossa unidade de saúde e verificamos que algumas atividades desenvolvidas necessitavam ser melhoradas. Assim, em conjunto com todos os membros da equipe definimos que inicialmente trabalharíamos para qualificar a atenção à saúde do grupo de pessoas com hipertensão e/ou diabetes pertencentes ao serviço.

Diante disso, o objetivo central da intervenção era promover a melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde Antônio Pereira do município de Alto Alegre/RR. Para concretizar este objetivo proposto reservamos dois dias na semana para o atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos, implantamos o agendamento para avaliação odontológica, solicitamos a realização de exames complementares e passamos a receber os resultados dos mesmos em 24 horas devido a uma parceria realizada com o laboratório local, pois antes da intervenção vocês precisavam deslocar-se para a capital do estado para realizá-los. Também houve melhorias quanto ao tempo e à disponibilidade de consultas especializadas, pois agora contamos com um cardiologista, um endocrinologista e um nutricionista, uma vez ao mês, que anterior à intervenção era a cada 3 meses.

Além destas especialidades, também foi pactuado o atendimento pediátrico, ginecológico, psicológico e de reabilitação a cada 15 dias na Unidade. Diante disso,

não há mais necessidade de deslocarem-se para a capital do estado para receber o atendimento que, muitas vezes, era muito desgastante para todos.

Também disponibilizamos um professor de educação física para realização das atividades com o grupo de hipertensos e/ou diabéticos, duas vezes na semana. A partir do próximo mês pretendemos investir na ampliação de cobertura de atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de abrangência para alcançar a 100% deste grupo, pois durante a intervenção alcançamos a 45,6% (109) dos hipertensos e 91,5% (54) dos diabéticos.

Ainda, os medicamentos do Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus estão sendo fornecidos pela farmácia popular e entregues pelos Agentes Comunitários de Saúde a cada hipertenso e/ou diabético em sua casa que antes necessitavam vir até a UBS para fazer a retirada dos mesmos. Informamos que a gestão municipal também se comprometeu em disponibilizar mais verbas para aquisição de medicamentos necessários para o tratamento dos hipertensos e/ou diabéticos.

Além disso, acordamos com Secretaria da Saúde para que todos os meses possamos dar continuidade à realização de palestras para vocês sobre as referidas doenças a fim de promover esclarecimento de dúvidas sobre as mesmas, pois é muito importante que vocês estejam conscientes da necessidade de priorizar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos bem como tenham conhecimento dos diferentes fatores de riscos.

Já contamos com parcerias e com a comunidade em geral para divulgação dos grupos do Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus e de combate ao tabagismo. Estes grupos têm como objetivo reduzir os riscos para infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, retinopatia diabética e hipertensiva evitando amputações de membros e ocorrência de outras doenças graves e contribuindo, assim para a melhoria da qualidade de vida dos hipertensos e/ou diabéticos.

Também destacamos que houve melhorias quanto ao acolhimento do usuário que busca a UBS em caso de urgência ou emergência bem como a intervenção também proporcionou um maior envolvimento da população em atividades promovidas pela UBS representando o exercício do controle social.

Tomando este projeto como exemplo também pretendemos implementar o programa na atenção ao pré-natal, pois a mesma constitui-se em uma outra ação

programática importante para ser qualificada. Manteremos reuniões com as lideranças comunitárias para continuar planejando o desenvolvimento das atividades na Unidade de Saúde Antônio Pereira e contamos com o apoio de cada um de vocês.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da ESF Antônio Pereira, Alto Alegre/RR

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No começo eu achava que seria muito cansativo e que não precisava tanto estudo, mas posso afirmar que depois serviu para “refrescar” alguns temas e para aprender um pouco mais sobre outros. Fiquei mais animado quando começou o processo de intervenção. Em relação ao trabalho desenvolvido, certamente a intervenção só acrescentou, pois a equipe entendeu sua importância e colaborou de forma muito participativa. Porém, será um desafio fazer com que continue no serviço esse processo iniciado com a intervenção sem perder a qualidade.

Os registros como a ficha-espelho e a planilha de coleta de dados foram instrumentos importantes durante a realização da intervenção. Concluo uma etapa muito importante em minha vida profissional, com mais experiência, aprendizado e preparação como profissional, satisfeito com os resultados e as mudanças alcançadas, com uma equipe bem integrada e qualificada, uma UBS fortalecida e uma rotina bem consolidada baseada em protocolos de atuação e, além disso, comprometido com a implementação de novos programas na unidade.

Ainda, continuarei a trabalhar em uma comunidade que agora recebe atendimento de qualidade e que ganhou em conhecimento sobre o significado de uma estratégia de intervenção, seu funcionamento e sobre a importância da realização de atividades de promoção e prevenção em saúde.

Refletindo sobre o processo de aprendizagem em relação ao curso posso afirmar que aprendi muito, estava mais empolgado no início com todos os estudos e casos que tinha que fazer, por mais que fosse cansativo se tornava interessante, pois nunca é demais um momento de estudo e reflexão e os assuntos eram todos cotidianos do trabalho na saúde coletiva.

Também quanto às minhas expectativas e o significado do curso para a prática profissional com a especialização considero o mesmo de muito proveito e de suma importância, pois a superação como profissional na saúde da família foi uma experiência muito bonita ao conseguir realizar um trabalho em equipe, assim como foi útil a utilização de todas as bibliografias que os professores e orientadores forneceram para aumentar o meu conhecimento e estudo.

Agora, posso continuar a utilizá-las no dia a dia durante o meu processo de trabalho. Mas, ainda como profissional, ajudei a melhorar a qualidade, modo e estilo de vida das pessoas sob minha responsabilidade pertencentes à Unidade de Saúde Antônio Pereira do município de Alto Alegre/RR, mantendo no tempo uma cultura social a qual vai ajudar a melhorar as diferentes problemáticas em nível de Atenção Primária de Saúde.

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.

BRASIL. 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.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante