

**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 dos usuários com Hipertensão Arterial
Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na ESF Jeovan José de Azevedo, Caicó/RN**

Betty Rodríguez López

Pelotas, 2015

Betty Rodríguez López

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial
Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na ESF Jeovan José de Azevedo, Caicó/RN**

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

Orientadora: Niviane Genz

Co-orientadora: Patrícia Germânia da Silva

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

L864m Lopez, Betty Rodriguez

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuarios com Hipertensão Arterial Sistemica e/o Diabetes Mellitus na ESF Jeován José de Azevedo, Caicó, RN. / Betty Rodriguez Lopez; Niviane Genz, orientador(a); Patricia Germania da Silva, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

105 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. Silva, Patricia Germania da, coorient. III. Título

CDD : 362.14

À minha família, que é a minha força e a minha razão de ser.

Agradecimentos

À Deus, pela força que me dá a cada novo dia;

À minha equipe de saúde, pelo apoio recebido;

Às minhas orientadoras do curso, Patrícia Germânia da Silva e Niviane Genz;

E, a todos aqueles que me ajudaram na realização deste trabalho.

Resumo

LÓPEZ, Betty Rodríguez. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na ESF Jeovan José de Azevedo, Caicó/RN.** 2015. 105f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus são responsáveis por muitas internações, incapacidades e mortes em países industrializados, em desenvolvimento, em grandes cidades e em pequenas comunidades, pois as consequências devastadoras causadas pelas mesmas têm ampla repercussão mundial. A Hipertensão Arterial além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde. Os fatores de risco para estas doenças estão relacionados com o estilo de vida, sendo entre os mais destacados o tabagismo, o sedentarismo, a obesidade e o alcoolismo. A intervenção sobre estes fatores de risco pode resultar na diminuição da morbidade e mortalidade por estas causas. Por esta razão realizamos uma intervenção em saúde tendo como principal objetivo a melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes na ESF Jeovan José de Azevedo em Caicó/RN entre os meses de junho a agosto de 2015, perfazendo 12 semanas. Para realizar a intervenção seguimos o preconizado pelo protocolo do Ministério da Saúde de 2013 sobre hipertensão e diabetes. A Unidade possui uma população de 1.256 usuários. De acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica temos 191 pessoas de 20 anos ou mais com hipertensão arterial e 47 com diabetes mellitus moradores na área de abrangência. Ao iniciar a intervenção tínhamos registros de 144 usuários com hipertensão e 40 com diabetes em acompanhamento pela Unidade. Trabalhamos durante três meses monitorando indicadores de cobertura e qualidade, e foram realizadas ações segundo o cronograma proposto para a intervenção para atingir as metas estipuladas nos quatro eixos pedagógicos do curso (qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação e organização da gestão do serviço. monitoramento e avaliação). Ao finalizar a intervenção avaliamos a 191 (100%) usuários com hipertensão e a 47 (100%) com diabetes, superando assim a cobertura esperada de 80 e 85%, respectivamente. Melhoramos a qualificação dos atendimentos para todos os usuários cadastrados, a organização dos registros e do processo de trabalho desenvolvido na Unidade de Saúde de forma geral aumentando com isso a satisfação da população pelo serviço prestado pela equipe à comunidade. Ao finalizarmos a intervenção acreditamos que a mesma constitui-se em mais um passo em direção à mudanças em busca de um sistema de saúde de qualidade que atenda as verdadeiras necessidades da população e que além de ainda curar doenças trabalhe primordialmente na prevenção destas. O atual trabalho servirá como base para a melhoria de outras ações programáticas na unidade.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da Cobertura do programa de atenção à pessoa com hipertensão arterial na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.	71
Figura 2	Gráfico da Cobertura do programa de atenção à pessoa com diabetes mellitus na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.	72
Figura 3	Gráfico da Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.	73
Figura 4	Gráfico da Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.	75
Figura 5	Gráfico da Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.	76
Figura 6	Gráfico da Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.	77
Figura 7	Gráfico da Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.	79
Figura 8	Gráfico da Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.	80
Figura 9	Gráfico da Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.	82
Figura 10	Gráfico da Proporção de pessoas com hipertensão com	84

- estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.
- Figura 11 Gráfico da Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015. 85
- Figura 12 Gráfico da Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015. 86
- Figura 13 Gráfico da Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre a prática de atividade física regular na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015. 87
- Figura 14 Gráfico da Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015. 89
- Figura 15 Gráfico da Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015. 90

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador
CRIS	Centro Regional Integrado de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DSTS	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IRA	Infecção Respiratória Aguda
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
RAS	Relatório de Análise Situacional
RN	Rio Grande do Norte
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UNIDADE	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNICAT	Farmácia Unidade Central de Agentes Terapêuticos

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	31
2 Análise Estratégica.....	32
2.1 Justificativa.....	32
2.2 Objetivos e metas	33
2.2.1 Objetivo geral	33
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	33
2.3 Metodologia.....	36
2.3.1 Detalhamento das ações.....	36
2.3.2 Indicadores.....	51
2.3.3 Logística.....	58
2.3.4 Cronograma	63
3 Relatório da Intervenção	64
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	64
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	66
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	67
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	67
4 Avaliação da intervenção	69
4.1 Resultados	69
4.2 Discussão.....	90
5 Relatório da intervenção para gestores.....	93
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	96
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	98
Referências	101
Anexos	102

Apresentação

Trata-se de um Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família realizado pela Equipe de Saúde da Família (ESF) na Unidade de Saúde de ESF Jeovan José de Azevedo, Caicó/RN. O presente trabalho teve como objetivo a melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes pertencentes à área de abrangência da Unidade.

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

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

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

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

No capítulo sete é apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Ainda, ao final consta a bibliografia utilizada para a construção deste projeto bem como os anexos que serviram para orientar o desenvolvimento deste trabalho quanto à melhoria da atenção à saúde da pessoa

com hipertensão e/ou com diabetes mellitus pertencente à área de cobertura da referida Unidade de Saúde.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu me chamo Betty Rodríguez López, sou médica cubana, da cidade de Artemisa. Tenho 30 anos de idade, e sou graduada como médica desde o ano de 2008. Faço parte do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), o que representa um grande orgulho e uma grande responsabilidade para mim.

Estou morando no estado Rio Grande do Norte, no município de Caicó e trabalhando na Unidade Básica de Saúde Jeovan José de Azevedo, localizada na rua Aída Aila de Araújo, S/N - bairro Salviano Santos, que abrange os bairros: Nova Caicó e Salviano Santos, microareas em que está subdividida a unidade. Nossa Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) está constituída por uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, duas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), além dos trabalhadores que dão suporte a equipe da ESF, que são um administrador e um auxiliar de serviços gerais. A estrutura física da unidade possui consultório médico, consultório da enfermeira, consultório odontológico, recepção e sala de espera, sala de triagem, farmácia, sala de curativos e nebulização, sala de vacinas, sala de coordenação, sala de esterilização e expurgo, copa e banheiros.

Durante a jornada de trabalho na ESF são realizados atendimentos de Pré-natal, saúde mental, demanda livre, Puericultura (crescimento e desenvolvimento da criança), HIPERDIA e visitas domiciliares.

A população atendida pela equipe tem, em sua maioria, um baixo nível escolar, social e econômico, sendo quase sua totalidade usuários do sistema público de saúde. Quanto às doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes estão a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, as doenças do

sistema osteomuscular, a neurose depressiva e ansiosa. Os atendimentos por doenças infecciosas são geralmente devidas a doenças respiratórias de causa viral e bacteriana, sendo o catarro comum a primeira causa, seguida pela amigdalite aguda. Também são frequentes as verminoses, infecções da vagina e as urinárias. Não temos usuários com tuberculose, Hanseníase ou infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) neste momento diagnosticados. Um fator de risco que afeta muito a nossa população é o sobrepeso, muitas vezes presente em crianças menores de 10 anos. Considero também que temos um número significativo de adolescentes sexualmente ativos, sobretudo do sexo feminino, o que favorece à alta incidência de infecções vaginais e gestações na adolescência, que por enquanto ainda apresenta baixa incidência pelo fato do incentivo do uso dos métodos anticoncepcionais.

Acredito que é de muita importância continuar trabalhando na prevenção e na educação em saúde, como armas mais eficientes e valiosas na luta para conservar e melhorar a qualidade de vida do povo brasileiro e melhorar os parâmetros em saúde como a mortalidade materno-infantil. Além disso, o diagnóstico oportuno e o tratamento adequado de todos os usuários pertencentes à unidade serão nossos aliados para conseguir as metas desejadas.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Município de Caicó, localizado no Rio Grande do Norte (RN), pertence à microrregião do Seridó. De acordo com o censo de 2010, sua população é de 62 709 habitantes. Sua área territorial é de 1.228.574 km², estando a 256 km da capital do estado, Natal. Seu sistema de saúde compreende 20 equipes de saúde da família, 17 estão localizadas na zona urbana e 3 na zona rural. A grande maioria das Unidades de saúde tem equipe e recursos para o atendimento de saúde bucal. O município conta com 2 hospitais, sendo um de gestão estadual, que presta serviços de urgência e emergência e conta com uma unidade de terapia intensiva (UTI), clínica médica e cirúrgica. Apesar da existência desses serviços a unidade hospitalar não tem estrutura para atender os casos mais graves, pois estes necessitam ser encaminhados para os hospitais de referência localizados na capital do estado. O outro hospital é filantrópico e presta assistência materno-infantil.

Temos também a disposição da população duas viaturas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), uma Unidade de Suporte Básico (USB) e uma Unidade de Suporte Avançado (USA). Além disso, contamos com um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), um CAPS Álcool e Drogas, uma residência terapêutica, um Serviço de Atenção Especializada em DST/Aids (SAE), um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) tipo I e uma policlínica com atendimento de especialidades que presta serviço ao município através de contratos. Os exames laboratoriais são realizados no laboratório municipal de análises clínicas e no laboratório estadual, onde são feitas as sorologias. Como informação importante é válido destacar que mesmo com todos esses recursos ainda Caicó está precisando de melhorias nas estruturas de suas instituições de saúde e na oferta de atendimentos de especialidades bem como de melhorias no serviço hospitalar para diminuir ou evitar ao máximo os encaminhamentos para Natal e outros hospitais localizados fora do município.

A Unidade de Saúde da Família onde eu estou trabalhando, Jeován José de Azevedo, é uma unidade urbana. Nela trabalha uma equipe de saúde completa que está constituída por uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um odontólogo, um técnico de odontologia e duas ACS, além dos trabalhadores que dão suporte a equipe da ESF, que são um administrador e um auxiliar de serviços gerais. Apesar de não ter um vínculo legalmente reconhecido com as instituições de ensino, em nossa Unidade recebemos estudantes de enfermagem e de técnicos em saúde bucal para fazer parte de sua preparação prática conosco.

Nela temos uma área de abrangência bem delimitada com um total de 1.256 pessoas. Destas, 18 são menores de um ano (10 do sexo feminino e 8 masculino), 39 tem idades entre 2 e 5 anos (21 femininos e 18 masculinos), de 6 a 14 anos temos 229 pessoas (131 do sexo feminino e 98 masculino), da faixa etária compreendida entre os 15 e 59 anos temos um total de 829, com um ligeiro predomínio do sexo masculino (408 feminino e 421 masculino). As pessoas maiores de 60 anos somam 141 pessoas (77 são mulheres e 64 são homens).

A estrutura física da unidade tem muitas deficiências e limitações segundo o estabelecido para garantir um atendimento de qualidade e acesso adequado para todos os usuários igualmente, mas é adequada segundo a

quantidade da população atendida. Está dotada de consultório médico, consultório da enfermeira, consultório odontológico, recepção e sala de espera, sala de triagem, farmácia, sala de curativos, sala de vacinas, sala de coordenação, sala de esterilização e expurgo, copa e banheiros. Não tem as condições necessárias para as pessoas idosas e/ou portadoras de deficiências permanentes ou temporárias, as calçadas não garantem o deslocamento seguro de cadeirantes, deficientes visuais e de outro tipo de deficiência assim como dos idosos. Existem degraus que dificultam o acesso ao prédio e temos uma única rampa de acesso, que tem uma largura muito menor do que o recomendado e, além disso, não tem barras de apoio nem corrimãos, o que a torna insegura para ser utilizada pelos portadores de necessidade especiais. Na sala de espera não temos cadeiras adequadas para a população e muito menos para usuários que precisam de condições específicas e também não temos cadeira de rodas na unidade.

A mobilidade das pessoas portadoras de deficiência e dos idosos dentro do prédio também são limitados, pois os corredores não têm corrimãos. A sala de recepção, lavagem e descontaminação de material funciona junto com a sala de esterilização, não temos uma sala de nebulização nem um espaço para dispensar os medicamentos. Temos estratégias para garantir o trabalho e também não contamos com sala de almoxarifado nem depósito de material de limpeza. É uma realidade a ausência de telas mosquiteiras nas janelas, os lavatórios carecem de torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos, os armários não possuem acabamento arredondado para facilitar a limpeza e evitar ferimentos nos trabalhadores e usuários, as paredes dos diversos espaços e muitas das portas não são laváveis. Não temos sinalizações visuais que permitam a comunicação através de figuras em todos os ambientes, também não há comunicação em braille nem comunicação através de recursos auditivos. Não temos sala para educação em saúde e não temos local com boas condições para fazer as atividades coletivas com a população. Nosso trabalho consiste em um atendimento de qualidade aos usuários que se encontram com algum problema de saúde.

A respeito ao entendimento que se tem hoje quanto ao modelo de deficiência, no qual o modelo social estrutura-se em oposição ao modelo que

ficou conhecido como modelo médico da deficiência, a participação das instituições para melhorar as condições no acesso aos serviços de saúde de todas as pessoas pôde ser maior; pois as barreiras arquitetônicas são muitas vezes a causa da limitação e não a condição física ou mental dos usuários. Segundo a lei orgânica da saúde (8080/90) em seu artigo 23 cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e da garantia do atendimento as pessoas portadoras de deficiência é de competência da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. A situação que eu considero prioritária é a falta das condições para muitos usuários deslocarem-se livremente em nossa Unidade de Saúde e no percurso do caminho para chegar ao serviço.

A preparação da equipe como um todo frente a esses aspectos e o trabalho dedicado e com amor pode diminuir o impacto negativo da influência das barreiras arquitetônicas e das limitações dos espaços de trabalho. O planejamento e agendamento das consultas ajudam muito na preparação da equipe para receber e tratar cada usuário de forma específica segundo as suas necessidades. A educação popular sobre temas que tratam sobre os direitos dos usuários também é uma ferramenta para que as gestões impulsionem a melhoria das condições assim como o respeito ao direito das pessoas com limitações a ter um atendimento diferenciado.

Na Unidade são desenvolvidas muitas atividades que são parte das atribuições dos profissionais que trabalham na atenção primária, aspecto que considero como positivo. Elas compreendem a territorialização e mapeamento da área de atuação onde participam todos os profissionais e identificam-se grupos, indivíduos e famílias expostos a riscos, assim como grupos de agravos e sinalização das redes sociais. Realizamos cuidados em saúde à população no momento da consulta individual, no domicilio, em associações de bairro e também prestamos serviços na prisão que fica dentro de nossa área; mas temos outros locais que além de estarem identificados não são aproveitados para este fim, como uma igreja.

Os ACS são os que mais realizam busca ativa de usuários faltosos, mas uma parte do restante da equipe coopera nesta ação, utilizando também os próprios usuários e os líderes comunitários que buscam o serviço e conhecem muito bem o território e os membros da comunidade. Temos um levantamento

dos usuários moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar e por meio do trabalho das ACS e da informação de outros usuários conhecemos as necessidades eventuais de outros usuários que necessitam receber cuidados à domicílio; como no caso de usuários que se encontram no pós-operatório e de outros que apresentam limitações temporárias para comparecerem às consultas na Unidade. As atividades de cuidado domiciliar são desenvolvidas pela médica, enfermeira, técnico de enfermagem e pelos ACS. Realizamos uma grande quantidade de ações como consultas médicas e de enfermagem, curativos, educação em saúde, acompanhamento de problema de saúde, verificação da pressão arterial, entrega de medicamentos, revisão puerperal, visita a lactantes e recém nascidos, entre outras.

Os encaminhamentos são realizados respeitando fluxos de referência, e os protocolos de atuação. No entanto, temos dificuldades com as contra-referências, o que atrapalha um pouco o acompanhamento dos casos, embora a comunicação oportuna com os ACS favorece a obtenção da informação sobre o estado de saúde do usuário e, assim conseguimos oferecer a atenção que o mesmo necessita. Realizamos alguns acompanhamentos de usuários em internação hospitalar, mas não é possível em todos os casos pela falta de colaboração dos colegas em algumas ocasiões e outras pela falta de tempo na agenda de trabalho e, às vezes, os usuários ficam internados em hospitais muito distantes. Além disso, em poucos casos, as internações ocorrem em situações de urgência e por curto período e a equipe não toma conhecimento em tempo oportuno.

A busca ativa de doenças de notificação compulsória, realização de atividades coletivas, trabalho com os grupos, promoção da participação da comunidade no controle social, identificação de parceiros e recursos na comunidade são realizadas pela maioria dos membros da equipe, tendo como meta incorporar ao restante da equipe nas atividades e conseguir maior colaboração das instituições, assim como aumentar a formação de grupos na comunidade. Toda a equipe participa das atividades de qualificação profissional. As reuniões da equipe tem uma frequência semanal e participam todos os profissionais.

Estamos trabalhando para o fortalecimento do controle social, mas penso que este é um aspecto que ainda há muito por fazer, envolvendo a representantes sociais, gestores e comunidade. Também estamos fazendo esforços para conseguir a integração da população nos grupos a fim de aproveitarem ao máximo as possibilidades que oferecemos quanto educação e promoção em saúde. Acredito também que seria muito proveitoso realizar atividades coletivas na prisão, desde que esta não se constitua em um risco para a vida e a integridade física dos profissionais, pois as pessoas que se encontram reclusas estão em risco de apresentarem muitas doenças (a prisão tem em torno de 550 reclusos, cifra que varia muito, não foi incluída o total da população atendida e cadastrada na Unidade). Essa possibilidade será analisada com as autoridades pertinentes. Acredito que com a participação de toda a equipe as metas serão alcançados e os resultados de trabalho serão muito melhores.

Há alguns meses, na Unidade não existia agendamentos programados para grupos específicos e a população era atendida no serviço por ordem de chegada, e as consultas médicas eram ofertadas duas vezes na semana. Com a minha chegada pelo PMMB o trabalho foi reorganizado e ofertamos atendimentos e ações de saúde por grupos de doenças, como hipertensão e diabetes, saúde mental, atenção ao crescimento e desenvolvimento da criança, atenção pré-natal, entre outras com a finalidade de ir mudando pouco a pouco a medicina curativa existente até aquele momento por uma atenção integral em que a promoção e prevenção de saúde sejam pilares fundamentais. Marcaram-se dias e turnos para demanda espontânea e deixamos espaços para o atendimento da demanda espontânea em todos os dias da semana, mesmo tendo outras atividades planejadas.

O acolhimento é realizado todos os dias, em ambos os turnos. Sempre realizamos esse trabalho tendo presente a classificação do risco biológico, vulnerabilidade social e a classificação do problema de saúde que apresenta cada usuário. O excesso de demanda de usuários com problemas agudos de saúde são para o profissional da área médica que procura oferecer o atendimento com a maior brevidade possível.

As crianças que chegam à Unidade de Saúde com febre, gestantes com dor em baixo ventre, os usuários com dor aguda e/ou intensa, os que chegam

com dificuldade respiratória, os feridos, entre outras situações são atendidos com prioridade. Percebemos que tendo uma população cadastrada em nossa área de abrangência que não é grande, existe, às vezes, excesso de demanda que é orientada para retornar no outro dia desde que seja possível aguardar. Existe uma população de origem alemã que comparece ao serviço que é acolhida e atendida sempre que possível, pois a satisfação dessa população faz com que procurem atendimento em nosso serviço sempre que precisam.

Realizamos o registro de todos os agendamentos para atendimentos ofertados à população em um livro, tanto as consultas novas como as de cuidado continuado, assim como as atividades de grupos específicos como as crianças, as gestantes, os usuários com doenças crônicas e os usuários que estão precisando de cuidados contínuos por alguma razão específica. Preenchemos também a data em que eles devem voltar, tanto para o seguimento, bem como os usuários que tem que retornar ao serviço com resultado de exames indicados para adequado controle das doenças. Todos os dias, no primeiro horário da manhã, revisamos o número de usuários que temos agendados para o dia e as demais vagas são preenchidas com os usuários que chegam à unidade necessitando de atendimento de urgência. Os usuários que perdem a consulta agendada são agendados para outro dia segundo a necessidade individual de cada um e de acordo com a programação existente na Unidade, pois temos estabelecidos os dias para cada atividade. Temos planejado para as segundas-feiras pela manhã e à tarde assim como às tardes da terças-feiras consultas de demanda livre e/ou espontânea, o que considero muito oportuno, pois muitas pessoas que adoecem no final de semana procuram atendimento nestes dias. Devido ao controle que temos em nossa unidade para o trabalho é raro não ter cobertura para dar atendimento às urgências, mas algumas vezes faz-se necessário realizar o encaminhamento para o centro de saúde mais próximo. No caso dos atendimentos odontológicos que são realizados não existem problemas nem excessos de demandas e os usuários que necessitam de próteses dentárias e outros tratamentos especializados são encaminhados para os centros de referência.

Por meio da criação de um vínculo com os usuários e da oferta da escuta qualificada pela equipe elevamos a qualidade dos atendimentos e a satisfação de

nossa população. A demanda espontânea é uma modalidade de atendimento que sempre vamos enfrentar nas consultas de atenção primária na atenção básica. Entretanto, temos que procurar mecanismos para garantir o atendimento adequado destes usuários que vem ao serviço com doenças agudas e/ou urgências a fim de que se sintam bem atendidos. Às vezes, a escuta atenciosa por parte de pessoal qualificado é suficiente para o usuário que sente ansioso e preocupado por situações que não comprometem na realidade sua saúde, mas que promovem alterações fisiológicas que eles interpretam como doenças.

Com o objetivo de cuidar da saúde das crianças foi criada a consulta de puericultura ou como também pode ser chamada Pediatria Preventiva. Tem como objeto uma criança sadia para que no futuro seja um adulto fisicamente sadio, psiquicamente equilibrado e socialmente útil. Nossa equipe de saúde realiza consultas de puericultura são realizada pela médica e pela enfermeira à crianças até 72 meses. As consultas são realizadas um dia por semana em um turno e após a consulta agendamos a próxima. Todas as crianças são moradoras da área de abrangência da Unidade. Além disso, oferecemos atendimento às crianças de até 72 meses de idade com problemas de saúde agudos de nossa área e de outras, não tendo excesso de demanda.

Além da participação da médica e da enfermeira nas consultas de puericultura também participa a auxiliar de enfermagem. O lactante é avaliado de forma integral, com especial cuidado e avaliação do crescimento, desenvolvimento e carteira das vacinas. A indicação para aleitamento materno exclusivo para os menores de seis meses sempre é realizada e são desenvolvidas atividades de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, preenchendo os dados da consulta no prontuário clínico, na caderneta da criança e preenchendo o cartão de vacinas referente às vacinas aplicadas. A triagem auditiva dos menores de um ano é feita segundo o estabelecido e não apresentamos problemas para sua realização em tempo e forma. A 100% das crianças é mantido o monitoramento do desenvolvimento em todas as consultas e as mães são orientadas quanto a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida e na prevenção de acidentes.

A avaliação da saúde bucal é feita pela odontóloga acompanhada da assistente de consultório dentário e é realizado o registro no prontuário clínico. O

cadastro das crianças no programa bolsa família é de responsabilidade das ACS e os cadastros são enviados a Secretaria Municipal de Saúde pela enfermeira. Os indicadores de qualidade destes atendimentos demonstram que existe uma boa qualidade na atenção à saúde da criança, mas que ainda pode melhorar para alcançar uma cobertura de atendimento de 100% dos menores de um ano residentes na área de abrangência.

Assim, A estimativa do Caderno de Ações Programáticas é de 18 crianças menores de um ano pertencentes à área de abrangência da unidade. No momento temos uma cobertura de 37% (7). Destas, 89% (16) estão com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, realizou a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida bem como realizaram teste do pezinho e triagem auditiva, também estão com as vacinas em dia e foram avaliadas quanto à saúde bucal. Um total de 100% (18) das crianças está com o monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta realizado, com as mães e/ou responsáveis orientados quanto ao aleitamento materno exclusivo e para prevenção de acidentes. Ainda, 11% (2) está com atraso da consulta agendada em mais de sete dias.

Apesar dos resultados alcançados, existem dificuldades quanto à organização e controle desta ação programática que deve ser prioritária na atenção primária já que é um fator importante na redução da mortalidade infantil no país. Existem dificuldades na realização do teste do pezinho até os sete dias, realizando-se em uma clínica de referência na qual por diferentes razões se atrasa a realização do mesmo. A forma de registro existente na Unidade com relação a este programa tem que ser melhorado, pois não tem a totalidade de dados que são necessários. Outro aspecto negativo é a falta de supervisão e controle de forma geral por todos os profissionais da equipe. Acredito que mesmo a equipe conhecendo como deve ser feito o acompanhamento dos usuários até 72 meses, o protocolo de atendimento de puericultura deve existir na Unidade; pelo que será alertado à gestão para que isso aconteça. Mais uma deficiência é que muitas mães abandonam o aleitamento materno exclusivo antes dos 6 meses de vida dos filhos, mas levando em conta que a prática da amamentação favorece a formação de vínculo entre mãe e filho e que essa prática depende de aprendizado e da interação positiva entre os fatores culturais e sociais, a equipe

trabalha para conseguir um maior apego das mães e da família para esse hábito. As atividades em grupo poderiam ajudar muito para alcançar este objetivo. Com nosso trabalho organizado, a participação social e das instituições de saúde, assim como das próprias famílias; tenho certeza que o cuidado da saúde das crianças será cada dia melhor, alcançando resolutividade dos problemas.

Como parte das ações programáticas desenvolvidas na Unidade temos também o atendimento pré-natal que é realizado pela médica, enfermeira, odontólogo, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário a toda gestante cadastrada pelos ACS ou aquelas que comparecem espontaneamente ao serviço. As consultas de pré-natal estão programadas uma vez por semana em um dos turnos (quinta-feira à tarde), mas quando necessário é ofertado atendimento sem horário agendado. Temos um caso específico que atendemos para acompanhamento pré-natal nas segundas-feiras porque seu trabalho impede que seja feito outro dia.

Atualmente todas as gestantes que fazem seu pré-natal em nossa Unidade pertencem à área de abrangência. Temos um arquivo para os prontuários e cartões pré-natais das gestantes atuais e das atendidas no último ano. Periodicamente o arquivo é revisado pela médica ou pela enfermeira com a finalidade de identificar gestantes faltosas e as datas prováveis dos partos. Quando é identificada alguma gestante ausente à consulta agendada a ACS de sua área faz uma visita para conhecer o motivo da ausência à consulta e remarca a mesma segundo as indicações da equipe. Se a gestante não comparece à consulta remarcada, toda a equipe faz uma visita à casa da gestante para conscientizá-la quanto à importância do atendimento pré-natal. Temos ótimos resultados com essa estratégia, pois elas se sentem comprometidas conosco e, a partir desse momento é muito raro se ausentarem novamente da consulta.

Em todos os atendimentos do pré-natal fica indicado no cartão da gestante a data e o horário da próxima consulta, o que também é preenchido no registro de atendimento que temos estabelecido na Unidade. Os protocolos produzidos pelo Ministério da Saúde são utilizados para o atendimento. As atividades desenvolvidas incluem atividades de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças agudas relacionadas ou não com a gestação, assim como as ações necessárias para garantir uma boa saúde bucal. Além das

imunizações, planejamento familiar, avaliação e classificação do risco e necessidade de encaminhamentos a outros níveis do sistema de saúde. Diante desse quadro considero que a qualidade do atendimento pré-natal em nossa Unidade é boa. Temos ainda dificuldades com o atendimento das gestantes no presídio que fica na área de abrangência da unidade, pois ainda são identificadas geralmente após o primeiro trimestre de gestação e temos muitas dificuldades para realizar o seu atendimento e seus exames.

Quanto à cobertura do atendimento pré-natal em nossa Unidade considero que é muito baixa, pois acompanhamos a 37% o que corresponde a 7 gestantes. O maior problema da atenção é o sub-registro ainda existente, pois algumas gestantes são acompanhadas por especialistas no setor privado. Outro fator que considero muito importante é que muitas mulheres desconhecem a importância de um bom controle no período gestacional para o desenvolvimento do bebê e de um parto seguro e o mais fisiológico possível e que tenha como resultado final um recém nascido sadio e a termo seguido de um período puerperal sem complicações.

Ainda, segundo o CAP, 7 gestantes acompanhadas 100% (7) iniciou o pré-natal no 1º trimestre, foi-lhes solicitado na 1ª consulta os exames laboratoriais preconizados, receberam prescrição do sulfato ferroso bem como foram fornecidas orientações para aleitamento materno exclusivo. Um total de 86% (6) estão com as consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, realizaram o exame ginecológico por trimestre recomendado, foram avaliadas quanto à saúde bucal e receberam a dose da vacina Hepatite B e da vacina antitetânica, ambas conforme protocolo.

Um monitoramento adequado na área de abrangência pelo trabalho consciente das ACS a cobertura do pré-natal pode aumentar. Devemos também trabalhar mais com as gestantes promovendo ações de educação em saúde relacionadas ao puerpério. Com as mulheres em idade fértil temos que promover uma maior consciência da importância do atendimento na Unidade durante a gestação mesmo que sejam acompanhadas por especialistas. Com nossas ações e com o apoio da comunidade chegaremos ao dia em que as metas que desejamos serão alcançadas, mas é bom destacar que temos que trabalhar mais

com as gestantes e fazer atividades coletivas aproveitando os diferentes espaços, dentro e fora da Unidade.

O indicador de cobertura da atenção ao puerpério é de 100% (18) do total de puérperas estimadas para a área de abrangência da unidade com indicadores de qualidade de 100% (18) quanto à realização da consulta puerperal antes dos 42 dias pós-parto e registro da consulta realizada, orientações quanto aos cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo, também 100% (18) realizaram exame ginecológico, exame das mamas, do abdome bem como quanto ao estado psíquico. Ainda, dentre as acompanhadas um total de 100% (18) receberam orientações sobre planejamento familiar e foram avaliadas quanto à intercorrências.

Em relação à prevenção e diagnóstico precoce do câncer de colo de útero, uma das doenças que atualmente é responsável por muitas mortes no Brasil e no mundo, destaco que a forma de registro permitiu relativamente o preenchimento desta parte do CAP. Existe um registro específico de mulheres acompanhadas pela Unidade para a prevenção de câncer de colo de útero que foi estabelecido em nossa unidade pela enfermeira no mês de outubro de 2013. Nele são registrados os seguintes dados: data da coleta da amostra para exame, número da lâmina, nome e sobrenome da mulher, endereço, idade, ACS que atende à usuária, aspecto do colo de útero no momento do exame, data do último exame preventivo e o resultado. Mas, como o registro somente foi estabelecido ao final do ano de 2013, usamos também os prontuários individuais das usuárias para o preenchimento do CAP e dos questionários solicitados pelo curso.

Ao avaliar o CAP, existe uma cobertura de 91% (289) de mulheres entre 25 e 64 anos acompanhadas na Unidade para a prevenção de câncer de colo de útero o que ainda podemos melhorar e alcançar 100% (317). Neste ano que transcorreu foram realizados na Unidade 239 (83%) exames citopatológicos e encontramos como grande dificuldade a demora do retorno do resultado do exame citopatológico o que não somente descontenta as usuárias, mas também atrapalha o acompanhamento, diagnóstico e tratamento oportuno, diminuindo o índice de resolutividade nos casos positivos. No CAP somente informamos que 1,7% (5) dos casos de exames apresentaram resultados alterados, mas ainda aguardamos o resultado de muitos exames, pelo que esse número pode

aumentar. Além do descontentamento das mulheres pela demora do retorno dos resultados temos outros fatores que incidem negativamente no acompanhamento das usuárias e na realização dos exames preventivos que é a falta de educação para a percepção do risco sobre tudo em usuárias de idade avançada, pois ainda existem tabus junto às mulheres como vergonha de realizar o exame.

Como aspecto positivo, mencionamos a grande aceitação das adolescentes para realizar o exame preventivo, mesmo não estando dentro do programa de acordo com a faixa etária. No caso de usuárias com sintomas persistentes de dor em baixo ventre, corrimentos, sangramentos anormais ou condutas sexuais de risco, mesmo sendo menores de 25 anos, quando o exame preventivo é solicitado por critério médico, elas aceitam em realizar o mesmo, inclusive temos muitas adolescentes que solicitam o exame espontaneamente. Em casos em que não é necessário, orientamos a adolescente e a estimulamos a manter condutas sexuais responsáveis e informamos à elas a idade para começar a realizar o exame periodicamente. Outro aspecto muito positivo foi a introdução da vacina contra o Vírus Papiloma Humano (HPV) no programa de vacinação.

Os indicadores de qualidades para a prevenção do Câncer de colo de Útero também podem ser melhorados, temos um total de 17% (50) das mulheres segundo os dados colhidos e registrados no CAP, com exame citopatológico atrasado com mais de seis meses, o que acontece pelas razões expostas anteriormente. Os exames alterados realizados pelo SUS são enviados para a Unidade e realizamos o encaminhamento e acompanhamento de forma imediata, mas penso que ainda existe um sub-registro dos mesmos, pois algumas mulheres realizam o exame em clínicas privadas e são acompanhadas por especialistas da rede privada. A avaliação do risco para este câncer, assim como as orientações sobre sua prevenção e orientações sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) encontram-se em 83% (239) e acreditamos que estes indicadores podem chegar a 100% com o trabalho de toda a equipe. Com a coleta de amostra, não temos dificuldades, sendo esta realizada pela enfermeira da Unidade, que cabe destacar seu trabalho organizado e de alto nível profissional sendo que 100% (239) das amostras coletadas foram consideradas satisfatórias e também possuíam a presença de células da junção escococolumnar.

Examinando o questionário preenchido temos vários aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do controle do câncer de colo de útero. Considero que o primeiro é melhorar a organização e controle. Na Unidade existe o registro das mulheres com a citologia realizada desde outubro de 2013, mas o número de mulheres em atraso foi calculado segundo o total, mas temos que fazer um registro com os dados das que estão em atraso e planejar ações para elas em que toda a equipe tem que participar. Identificando cada uma das mulheres com idade de risco e que não está realizando o exame citopatológico necessitamos pensar em estratégias para convencê-la da importância deste e se alguma delas tiver dificuldades para comparecer ao serviço no horário estabelecido para coleta das amostras (quarta-feira à tarde), agendaremos outro momento. Utilizar lugares estratégicos como igrejas e a própria comunidade para a realização de atividades educativas sobre este tema. O monitoramento e avaliação do programa pelos profissionais de saúde com a realização de reuniões para trocar ideias, com uma frequência estabelecida, assim como a participação de toda a equipe nesta tarefa contribuirá a melhorar o desenvolvimento do programa.

Em relação ao controle do câncer de mama, a forma de registro possibilitou o preenchimento do CAP. Temos uma cobertura de 83% (79) das mulheres entre 50 e 69 anos, o que considero positivo, mas ainda com possibilidades de melhorar, pois temos uma estimativa de 95 mulheres para essa faixa etária. Temos algumas usuárias que realizam o exame na rede privada, mas a maioria apresenta o resultado na Unidade. Em alguns casos não existe no prontuário evidência da indicação do exame e tampouco seu resultado, pelo que consideramos esses casos como usuárias em atraso na realização da mamografia. Olhando os indicadores encontramos que 76% (60) das mulheres estão com a mamografia em dia e possuem avaliação de risco e receberam orientações sobre a prevenção desta doença. O restante das usuárias identificadas não tem evidência no seu prontuário clínico da realização dessas atividades pelo que foram consideradas como não realizadas. Ainda, temos um total de 24% (19) das mulheres que estão com a mamografia com mais de 3 meses em atraso.

Examinando o questionário preenchido sobre este programa penso que poderia ser melhorada a organização e controle desta ação. Temos que estabelecer um registro com todos os dados relacionados ao programa que é de suma importância. Além disso, considero vital a realização de reuniões com uma periodicidade estabelecida assim como a avaliação, por parte de algum profissional, do desenvolvimento e efetividade no trabalho em relação ao câncer de mama. O envolvimento de toda a equipe é outra meta a ser alcançada. Como ponto positivo destaco que todas as consultas são aproveitadas para questionar os usuários sobre a realização da mamografia e ofertamos orientações sobre os fatores de risco e as condutas saudáveis para diminuir as possibilidades de padecer desta doença, mesmo que o horário estabelecido para estas ações seja limitado a um dia da semana em um dos turnos, mas pela importância desta doença trabalhamos para dispensar educação, promoção, prevenção e diagnóstico precoce.

Ao realizarmos a tarefa para o curso foram identificadas mulheres com a mamografia pendente. Diante disso, serão estabelecidas ações a serem realizadas por toda a equipe para conseguirmos melhorar os índices de qualidade. Uma questão muito negativa e que é comum tanto para o trabalho na prevenção do câncer de mama como para o câncer de colo de útero é a não existência dos protocolos em nossa Unidade, assunto que será tratado com as entidades pertinentes, para ser resolvido em breve.

Tendo em consideração que o câncer de mama é o tipo de neoplasia que causa um maior número de mortes entre mulheres no Brasil e no mundo e que quando diagnosticado e tratado precocemente, suas chances de cura são bastante consideráveis, temos que trabalhar para alcançar a excelência neste programa e não nos conformarmos com os resultados que até agora temos. Com o trabalho organizado e consciente de todos os profissionais da saúde tenho certeza que os resultados serão satisfatórios, reduzindo drasticamente os riscos de sequelas, tanto físicas quanto emocionais provenientes destes cânceres.

A Unidade atende uma população que não foge à realidade do Brasil, pois um grande número de usuários com hipertensão e/ou diabetes pertencem à Unidade. Em relação a este grupo, na Unidade, existe também um sub-registro. Se levarmos em conta a estimativa segundo a totalidade da população, temos um

total de 261 pessoas com Hipertensão e acompanhamos a 55% (144) dos portadores de hipertensão e teríamos um total de 74 pessoas com diabetes e acompanhamos a 54% (40) dos portadores de diabetes com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência. A forma de registro permitiu parcialmente o preenchimento desta parte do CAP, sendo necessário usar os prontuários individuais para o complemento dos dados.

Dentre as pessoas com hipertensão acompanhamos na Unidade um total de 69% (100) das pessoas possui estratificação de risco cardiovascular por critério clínico realizado e estão com os exames complementares periódicos em dia. Um total de 100% (144) receberam orientações nutricionais para uma alimentação saudável e sobre a importância da prática de atividade física regular; também 50% (72) possui avaliação de saúde bucal e 31% (44) está com atraso das consultas em mais de sete dias.

Em relação ao Diabetes Mellitus, um total de 100% (40) teve a estratificação de risco cardiovascular realizada e recebeu orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável; 88% (35) realizou os exames complementares periódicos em dia; realizou exame físico dos pés nos últimos 3 meses, possui registro de realização de palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses bem como medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses e foram avaliados quanto à saúde bucal. Ainda, 13% (5) está em atraso da consulta agendada em mais de sete dias.

Os usuários recebem atendimento por consulta programada periodicamente segundo o estabelecido, além de serem acolhidos e atendidos pela demanda espontânea quando necessitam. Não temos excesso de demanda e, às vezes, os usuários de outros setores chegam para receber atendimento na Unidade e são bem recebidos. As consultas programadas são realizadas um dia da semana em um dos turnos e neste momento o usuário é abordado integralmente, sendo escutado, interrogado sobre possíveis sintomas, sobre o tratamento e são esclarecidas suas dúvidas. A realização de um adequado exame físico; o ajuste do tratamento, quando necessário, a indicação e avaliação de exames laboratoriais; a avaliação do risco cardiovascular; de saúde bucal; ações de educação em saúde e agendamento da próxima consulta são outras ações realizadas pela equipe junto aos usuários. Em caso de necessidade, segundo o

estabelecido em protocolo, os usuários são encaminhados para outros níveis de atenção para serem avaliados ou acompanhados por especialistas. Sendo o acompanhamento pelo profissional nutricionista uma das ações mais recomendadas aos usuários que são portadores das duas doenças, pois a maioria apresenta hiperlipoproteinemia.

Temos algumas dificuldades com a demora dos resultados de muitos exames e com a cobertura para o atendimento em especialidades como endocrinologia e cardiologia. Outra dificuldade que temos é o atraso em mais de 7 dias na consulta de alguns usuários, nesses casos contamos com o trabalho das ACS para resgatá-los por meio da visita domiciliar remarcando a data da consulta segundo calendário planejado pela equipe. No caso em que o usuário seja portador de alguma limitação que o impede de comparecer ao serviço de saúde agendamos uma visita e o atendimento é realizado à domicílio. Na atenção a este grupo da população participam a médica, a enfermeira, a auxiliar de enfermagem, as ACS, a odontóloga e a auxiliar de consultório dentário que fazem o acompanhamento da saúde bucal, e o diretor da Unidade participa no envio dos cadastros para a Secretaria Municipal de Saúde.

Considero de qualidade o acompanhamento realizado na Unidade aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, mas ainda podemos melhorar. Os usuários que tem suas consultas em dia mantém quase a totalidade dos exames e avaliações necessárias, precisando, às vezes, apenas realizar a avaliação da saúde bucal que fica pendente. Temos que criar um arquivo para registrar todas as informações e fazer a revisão periódica do mesmo, assim como definir um responsável para a realização de avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos usuários. Nas reuniões entre os profissionais nos dedicamos ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, pois é importante termos uma periodicidade estabelecida. Além disso, acredito ser de muita importância manter na Unidade os protocolos necessários para melhoria do atendimento. A cobertura poderá aumentar à medida que a população será atendida na unidade, pois são diagnosticados novos casos todas as semanas. Temos como dificuldade a resistência dos usuários a serem diagnosticados com uma doença crônica, pelo que diante da indicação de verificação programada de tensiograma e retorno a

unidade, muitas vezes não cumprem com a indicação. Temos como realidade a ausência de muitos usuários que não comparecem à consulta na Unidade e para isso planejamos melhorar as ações, tornar como rotina na Unidade a verificação de pressão arterial a todos os usuários maiores de 20 anos no serviço e durante as visitas realizadas à domicílio com participação de todos os profissionais. A Hipertensão Arterial e o Diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de muitas doenças e complicações, mas com a integração da equipe e o apoio das instituições assim como a conscientização da população deveremos em um futuro próximo ampliar a cobertura destes atendimentos e elevar a qualidade da atenção à saúde deste grupo.

No compromisso de cuidar, conservar e melhorar a saúde dos maiores de 60 anos, defender sua autonomia e sua integridade pessoal, temos funcionando na unidade as atividades e consultas para pessoas da terceira idade. Como parte deste cuidado temos um registro na unidade que ainda dista muito da excelência. Essa forma de registro existente em nosso âmbito de trabalho permitiu parcialmente o preenchimento do CAP sendo necessário o uso dos prontuários individuais para o complemento das informações.

Em nossa área de abrangência temos identificados 120 idosos em acompanhamento na Unidade, totalizando uma cobertura de 88% que pode ser considerada boa, pois corresponde com a estimativa do número de idosos residentes na área, segundo o CAP. Os indicadores de qualidade estão aceitáveis, mas podem ser melhorados em curto prazo, pela grande vulnerabilidade da pessoa idosa frente a morbimortalidade e os agravos à saúde por diversos motivos.

Nenhum dos idosos possui a Caderneta de Saúde da pessoa idosa, mas a totalidade dos usuários idosos (120) tem a investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para a realização de atividade física regular. Dentre o total de 120 idosos acompanhados, 29% (35) são portadores de hipertensão e 13% (16) são portadores de diabetes mellitus. Ainda, 85% (102) dos usuários estão com a consulta em dia, possuem realização da Avaliação Multidimensional Rápida bem como avaliação do risco para morbimortalidade. O parâmetro em que mais devemos trabalhar é junto a odontóloga e a assistente de odontologia, para que

seja realizada a avaliação da saúde bucal de todos os idosos, pois apenas 49% (59) dos idosos foram avaliados quanto à saúde bucal.

O atendimento aos idosos é ofertado um dia da semana em um turno, além de atendermos aos mesmos por demanda espontânea por problemas de saúde agudos. Atendemos idosos com problemas de saúde agudos que moram dentro e fora da área, mas não temos excesso de demanda. Os profissionais que participam do atendimento a este grupo populacional são a médica, a enfermeira, a odontóloga, a auxiliar de enfermagem, a auxiliar de consultório dentário e as ACS. São abordados integralmente, como seres biopsicossociais e recebem, além de tratamento e seguimento de suas doenças crônicas, educação para o autocuidado da sua saúde. A vacinação é realizada segundo o estabelecido pelo protocolo, garantindo a proteção dos idosos contra muitas doenças infectocontagiosas. Temos identificados os usuários que não podem se locomover até a unidade para serem atendidos e realizamos o atendimento à domicílio. Os dados são preenchidos no prontuário individual e sempre é agendada a data da próxima consulta. Quando necessitam de acompanhamento de alguma especialidade ou atendimento em outros níveis de atenção são encaminhados oportunamente segundo os protocolos.

Como deficiência encontrada temos a falta dos protocolos de atendimento e a falta de um arquivo específico para os registros. Além disso, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que é uma ferramenta de identificação de situações de riscos potenciais para a saúde da pessoa Idosa e que traz ao profissional de saúde a possibilidade de planejar e organizar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde e que deve ser uma aliada em nosso trabalho ainda necessita ser dispensada para todos os idosos até alcançarmos 100% desta parcela portadora da mesma e conscientizá-los da importância de manterem a mesma sempre consigo e que seja levada a todas as consultas. Realizar atividades em grupo fora do âmbito da Unidade, aproveitando outros espaços, assim como estabelecer uma periodicidade para as reuniões dos profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos. Temos que garantir um responsável para o monitoramento e controle das atividades, o que elevaria a organização e qualidade dos atendimentos prestados a este grupo.

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

Ao longo da análise realizada em relação à unidade e ao trabalho desenvolvido pela equipe é possível identificar muitos aspectos a serem melhorados tanto na estrutura da própria unidade como nas ações desenvolvidas pelos trabalhadores. Muito longo é o caminho para percorrer em conjunto com as instituições municipais para trocar a realidade das condições físicas da unidade e os recursos que nela existem, mas apesar disso o maior desafio neste momento não é a estrutura da unidade, mas promover mudança de visão da população em relação ao processo saúde-doença. Precisamos aumentar o número de atividades coletivas para alcançar essa meta, pois ao promovermos aumento do conhecimento à população serão capazes de cuidar de sua própria saúde. Esse conhecimento também irá garantir uma adesão maior ao tratamento das doenças crônicas e ao acompanhamento para diagnóstico precoce dos cânceres de colo de útero e mama, assim como para o acompanhamento das consultas de pré-natal e de puericultura.

Neste momento em que eu tenho um conhecimento muito maior de minhas condições e de minhas potencialidades do que no princípio deste curso e, mais especificamente da segunda semana de ambientação; eu posso dizer que meus melhores recursos para alcançar as metas traçadas são cada um de meus colegas da unidade, pois o recurso humano é capaz de transformar realidades por meio do seu trabalho aproveitando as oportunidades e criando outras e não tenho dúvidas, no dia de hoje, de que a realidade irá mudar para melhor em relação ao estado de saúde da população de nossa área de abrangência.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e o DM são duas doenças crônicas muito frequentes no Brasil e no mundo acarretando altos custos para o Sistema de Saúde, pois são responsáveis por muitas internações, incapacidades e mortes pelas suas consequências devastadoras. A HAS, além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. A multiplicidade de consequências coloca a HAS e o DM na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-as como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2013)

A Unidade Jeová José de Azevedo é uma unidade urbana pertencente ao município de Caicó, RN, localizada na microrregião do Seridó e atende uma população com um grande número de usuários com hipertensão e/ou diabetes. Possui em sua área física consultórios médico, de enfermagem e odontológico, recepção e salas de espera, de triagem, de curativos, de vacinas, de coordenação, de esterilização, farmácia e expurgo além de copa e banheiros. A equipe de saúde está composta por uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um odontólogo, um técnico de odontologia e duas ACS além de um administrador e um auxiliar de serviços gerais. Temos uma área de abrangência bem delimitada com um total de 1.256 pessoas. Destas, temos uma estimativa de 261 pessoas com hipertensão das quais acompanhamos 55% (144) e uma estimativa de 74 pessoas com diabetes das quais acompanhamos 54% (40).

Acredito que com a realização da intervenção junto ao grupo de usuários portadores de HAS e/ou DM a equipe poderá melhorar os indicadores de

cobertura e de qualidade. Como dificuldades fundamentais para alcançar nossas metas temos ainda o desconhecimento da população sobre a importância de evitar fatores de risco para estas doenças e do controle adequado das mesmas para evitar complicações. Dificuldades na realização de exames complementares de média complexidade e encaminhamentos para especialistas. A falta de alguns medicamentos de uso contínuo para o tratamento da HAS e/ou DM na farmácia popular e em ocasiões a insuficiência de insumos para procedimentos que podem ser realizados na APS. Temos aspectos que possibilitam a realização da intervenção como uma equipe completa com cumprimento do horário de trabalho, uma programação de consultas agendadas e horário estabelecido para visita domiciliar. Além disso, o município conta com um laboratório municipal de análises clínicas e um laboratório estadual, onde são realizadas as sorologias.

Acredito que esta intervenção será fundamental para melhorar a atenção à saúde da população de nossa área de abrangência e ampliará o acesso a informações para a população, melhorando a cobertura e a qualidade dos atendimentos. Com a modificação do estilo de vida dos usuários e o acompanhamento contínuo e organizado aos usuários a equipe conseguirá diminuir ao máximo as complicações, incapacidades e mortalidade por estas causas. Com a participação da população, gestão, instituições de saúde e nossos profissionais da saúde acreditamos que as metas desejadas possam ser alcançadas.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na ESF Jeovan José de Azevedo, Caicó/RN

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura ao usuário com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção ao usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica e ao usuário com Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção ao usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica e ao usuário com Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

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

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

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

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

Meta 2.4: Garantir a 100% dos usuários com diabetes 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 usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos usuários com diabetes 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 usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes 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 usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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 HAS e DM em usuários pertencentes à Unidade de Saúde Jeovan José de Azevedo, Caicó/RN. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Serão convidadas a participar da intervenção a população estimada de 261 pessoas estimadas com hipertensão e/ou as 74 pessoas estimadas com diabetes mellitus pertencentes à área de cobertura da unidade.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1 – Cadastrar 80% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 – Cadastrar 85% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: Revisar minuciosamente o acompanhamento realizado até o momento junto à os usuários com hipertensão e/ou diabetes identificando os faltosos e os usuários com consultas em atraso. Os ACS revisarão em sua área de abrangência o número de usuários que sofrem destas doenças e se todos estão cadastrados na Unidade Básica de Saúde.

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

Detalhamento: Após concluir o cadastramento da população, a equipe organizara o registro segundo o protocolo de atendimento com todas os dados pessoais do usuário com HAS e/ou DM e as informações referentes a seu estado de saúde, a condição atual do usuário em relação ao acompanhamento para controle de doenças crônicas, exames, tratamento, data da próxima consulta. Todo usuário com HAS e/ou DM será acolhido por qualquer membro da equipe, no dia que chegar ao serviço, informando o dia de sua consulta no caso que seja para acompanhamento em consulta agendada. O usuário com HAS e/ou DM será atendido no momento em caso de apresentar algum problema agudo de saúde ou estiver descompensado em decorrência das doenças crônicas que o acomete. Responsabilizar ao administrador e envolver a gestão para garantir material para a tomada de pressão arterial adequada em todos os usuários, solicitando à gestão a disponibilização de um esfigmomanômetro adequado para usuários obesos. Em relação ao material necessário para realizar a glicemia capilar, garantir também junto à gestão a disponibilidade permanente do mesmo e a revisão periódica do glicômetro para evitar erros no momento da verificação.

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

Detalhamento: Será realizada divulgação por meio de murais e, além disso, ofereceremos informação em cada acolhimento realizado na Unidade, em cada visita domiciliar e na consulta realizada pelos profissionais da equipe e pelos ACS em suas visitas diárias. Os ACS em suas visitas diárias informaram a população sobre a importância de verificar a pressão arterial a partir dos 18 anos.

Os membros da equipe ao realizarem consultas na Unidade também falarão sobre este tema. Serão realizadas palestras sobre este tema dentro e fora da Unidade Básica de Saúde. Em cada visita e consulta (agendada ou por demanda espontânea), se falará sobre os fatores de risco para HAS e/ou DM e realizaremos palestras sobre o tema na própria unidade e utilizaremos outros espaços dentro da comunidade para realizar dinâmicas grupais compartilhando conhecimentos sobre os fatores de risco destas doenças. Realizaremos palestras sobre a possível aparição de diabetes em usuários com cifras de pressão arterial no limite e utilizaremos a consulta e a visita domiciliar para falar sobre o tema

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

Detalhamento: Os ACS serão capacitados pela médica e pela enfermeira em reuniões de equipe sobre cadastramento dos usuários com HAS e/ou DM de toda área de abrangência da unidade de saúde. A médica e a enfermeira farão a capacitação da equipe sobre a realização do hemoglicoteste e da verificação da pressão arterial na reunião da equipe antes de iniciar a intervenção e em cada reunião da equipe revisaremos conhecimentos sobre a realização destes procedimentos. Ainda, aproveitaremos momentos de discussões de indicadores da intervenção pela equipe para retomar estas capacitações e avaliar suas habilidades.

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

Meta 2.1 e 2.1 – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Realizar uma adequada anamnese e um exame físico completo a todo usuários portador de HAS e/ou DM. A médica realizará exame

físico completo destes usuários durante a consulta e monitorizará a realização de um exame clínico correto nas consultas programadas com a enfermeira para estes usuários.

Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com hipertensão e/ou diabetes; 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: Nas reuniões de equipe definiremos as atribuições de cada membro da equipe para a realização do exame clínico aos usuários com HAS e/ou DM. Serão organizadas capacitações para começar o trabalho com os protocolos adotados pela Unidade. A capacitação será realizada pela médica e pela enfermeira da Unidade e será com periodicidade semanal. Garantir junto ao gestor da unidade, a versão atualizada do protocolo impressa para cada um dos integrantes da equipe, que serão analisadas nas reuniões de equipe.

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

Detalhamento: Realizar rodas de conversas nas visitas domiciliares, falar sobre o tema em cada consulta e realizar palestras e dinâmicas grupais abordando a importância do acompanhamento adequado para evitar as complicações e suas consequências. Também em cada visita domiciliar, na consulta de médico e da enfermeira e em outros espaços dentro e fora da unidade orientaremos sobre o cuidado das extremidades e em especial dos pés em usuários com diabetes. Ainda, esclareceremos dúvidas sobre a aparição de outras complicações, como evitá-las ou ao menos retardar sua aparição. Os responsáveis serão a médica especializanda e a enfermeira da Unidade.

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

Detalhamento: A médica, nas reuniões da equipe, utilizará um tempo para fazer capacitações sobre a realização de exame clínico apropriado em usuários com HAS e/ou DM levando em conta as atribuições de cada profissional.

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: As técnicas de enfermagem serão as responsáveis pelo monitoramento semanal do número de usuários com HAS e/ou DM com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada segundo o protocolo por meio da revisão do registro dos usuários avaliados, a ser implantado na unidade.

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

Detalhamento: A médica e a enfermeira em cada consulta garantirão a solicitação de exames complementares segundo o protocolo ao grupo de usuários com HAS e/ou DM. A solicitação dos exames ficará registrada no prontuário individual do usuário e no registro específico dos usuários com HAS e/ou DM que será supervisionado semanalmente pelas técnicas de enfermagem para garantir a adequada solicitação dos mesmos de acordo com o protocolo e a cada 15 dias será revisado pela enfermeira para identificar usuários com exames pendentes e faltosos às consultas. O diretor da Unidade acordará junto ao gestor municipal para garantir a realização de exames complementares definidos no protocolo na tentativa de diminuir ao máximo o tempo de espera do usuário com HAS e/ou DM para a realização dos mesmos e a chegada dos resultados á unidade de saúde.

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

Detalhamento: Em atividades educativas, consultas e visitas domiciliares os usuários e familiares serão orientados em relação à importância da realização de exames complementares. Sob responsabilidade da médica e da enfermeira.

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

Detalhamento: A enfermeira será a responsável e utilizará as reuniões da equipe para dar as capacitações, levando em conta que os exames serão indicados sempre pela médica ou pela enfermeira da Unidade, mas que os outros membros da equipe têm também a responsabilidade de monitorar e supervisionar o cumprimento das normas estabelecidas no protocolo adotado na unidade.

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem encarregada e responsável pela farmácia será a responsável pelo monitoramento do acesso aos medicamentos disponibilizados no Programa pela Farmácia Popular. Será realizado controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos mantendo um registro das necessidades de medicamentos dos usuários cadastrados no Programa. Será criada uma planilha para realizar anotação de quantitativo e projeção de necessidade de pedidos mensal para abastecimento das necessidades dos usuários com HAS e/o DM na unidade a ser preenchida pela técnica de enfermagem responsável pela farmácia. As informações serão repassadas ao diretor da unidade para solicitar junto à Secretaria de Saúde e tentar solucionar o problema da falta de medicamentos.

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

Detalhamento: O controle de estoque de medicamentos, validade dos mesmos e manutenção dos registros adequados das necessidades dos usuários será responsabilidade da técnica de enfermagem. E, a enfermeira, semanalmente preencherá um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados na unidade de saúde que será entregue mensalmente ao diretor da unidade.

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: A equipe orientará nas visitas, consultas e atividades educativas quanto ao direito dos usuários de terem acesso aos medicamentos na Farmácia Popular e no caso de sua falta na unidade de saúde, as possíveis alternativas para terem acesso aos mesmos, atividade a ser reforçada na entrega dos medicamentos pela técnica de enfermagem responsável pela farmácia da Unidade de Saúde.

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

Detalhamento: Será realizada pela médica nas reuniões da equipe, segundo os protocolos de atendimento do Ministério da Saúde levando em consideração as atribuições de cada profissional e aproveitaremos as reuniões da equipe para capacitar aos profissionais para orientar aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Meta 2.7 e 2.8 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar os usuários com hipertensão e/ou diabetes que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O técnico em consultório dentário monitorizará os usuários com HAS e/ou DM que necessitem de atendimento odontológico. Todos os usuários cadastrados no Programa serão avaliados e receberão tratamento

odontológico buscando abrir espaço na agenda para atendimento específico da população alvo.

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

Detalhamento: O técnico em consultório dentário organizará a agenda de saúde bucal e identificará os usuários com HAS e/ou DM com necessidade de atendimento odontológico por meio da revisão periódica dos prontuários individuais dos usuários, agendando a consulta com a odontóloga da unidade na maior brevidade possível.

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

Detalhamento: A equipe mediante atividades educativas e informações gráficas na UNIDADE, orientará a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal e especialmente para os usuários com HAS e/ou DM.

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

Detalhamento: O odontólogo capacitará a equipe em cada reunião sobre a necessidade de atendimento odontológico destes usuários.

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

Meta 3.1 e 3.2 – Buscar 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes 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: As técnicas de enfermagem e a enfermeira da Unidade serão as responsáveis pelo monitoramento do cumprimento das consultas

previstas para cada usuário com HAS e/ou DM segundo o protocolo por meio da revisão do registro dos usuários a ser implementado na unidade.

Organização e gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os usuários com hipertensão e/ou diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Os faltosos identificados serão visitados pela equipe para remarcar a data da consulta e aproveitaremos o espaço para a educação em saúde com relação a sua doença de base. A técnica de enfermagem encarregada pela triagem será a responsável pela organização da agenda para acolher aos usuários com HAS e/ou DM provenientes das buscas domiciliares, sem afetar o atendimento aos outros usuários da unidade. Destinaremos ao menos duas vagas por dia ao Programa para consulta dos casos novos e tentaremos atender no dia qualquer usuário com HAS e/ou DM que comparecer à unidade com algum problema de saúde agudo.

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

Detalhamento: Os profissionais da equipe realizarão atividades educativas fora e dentro da Unidade sobre a importância de realização das consultas aos usuários com HAS e/ou DM. Serão realizados intercâmbios com a comunidade, apoiando-nos em líderes informais para que apresentem sugestões para elaborar estratégias a fim de evitarmos a evasão dos usuários com HAS e/ou DM. As visitas domiciliares, consultas e as informações disponibilizadas na unidade sobre a periodicidade para a realização das consultas ajudarão nesse objetivo, sendo esta tarefa de responsabilidade de toda a equipe.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para a orientação de usuários com hipertensão e/ou diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Nas reuniões da equipe de saúde, a médica e a enfermeira treinarão aos ACS para a orientação aos usuários com HAS e/ou DM quanto a realização das consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 e 4.2 – Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros de usuários com hipertensão e/ou diabetes acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: A técnica de enfermagem encarregada pela triagem monitorará semanalmente os registros de usuários com HAS e/ou DM acompanhados na unidade de saúde, detalhando no complemento dos dados pessoais do usuário as informações em relação a seu acompanhamento na Unidade.

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: A enfermeira da unidade atualizará semanalmente o livro de acompanhamento e toda a documentação necessária para manter as informações do SIAB atualizadas. Para implantar a planilha/ficha/registro específico de acompanhamento trabalharemos com os protocolos de atendimento, com o livro específico de acompanhamento e toda a documentação necessária para manter atualizados os dados da ficha implantada. Na reunião da equipe vamos pactuar como será o registro das informações, chegando a um acordo sobre como será a estrutura desse registro, sua organização e detalhes de preenchimento para que todos os profissionais possam realizá-lo da mesma forma. A enfermeira será a responsável pelo monitoramento dos registros. Após debater as opiniões da equipe organizaremos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco cardiovascular, a não avaliação dos órgãos alvo e ao estado de compensação da

doença, que deverá estar contido no próprio registro dos usuários com HAS e/ou DM.

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

Detalhamento: Nas visitas domiciliares, nas consultas e no momento do acolhimento serão orientados a comunidade e os usuários sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso aos mesmos se necessário, por todos os profissionais da saúde que realizarem o acolhimento, visitas domiciliares e consultas.

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

Detalhamento: Da mesma forma nas reuniões da equipe, será capacitada a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, garantindo que sejam efetuados todos os registros no prontuário individual coletados durante a consulta e o exame físico do usuário. Nas reuniões de equipe também faremos treinamento dos profissionais para o preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM.

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

Meta 5.1 e 5.2 – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

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

Detalhamento: A médica e a enfermeira serão as responsáveis pelo monitoramento do número de usuários com HAS e/ou DM com realização de pelo

menos uma verificação da estratificação de risco cardiovascular por ano, tarefa que será realizada com a revisão dos prontuários individuais dos usuários.

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: Os usuários avaliados como de alto risco terão prioridade nas consultas e na realização dos exames. Para agendar as consultas dos usuários de alto risco, os profissionais da equipe, darão prioridade organizando a agenda para ofertar o atendimento à demanda, deixando vagas para agendamentos das consultas para acolher aos usuários novos e para aqueles que comparecerem à unidade com problemas agudos de saúde.

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

Detalhamento: Em cada consulta programada, os profissionais da equipe orientarão aos usuários quanto ao seu nível de risco cardiovascular e quanto à importância do acompanhamento adequado. Serão utilizados quadros de informações, visitas domiciliares, consultas, ações educativas, entre outras para esclarecer aos usuários e à comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

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: Serão realizadas capacitações periodicamente pela médica e pela enfermeira a fim de capacitar a equipe para a realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Nas reuniões da equipe, a médica capacitará a equipe sobre a importância do registro desta avaliação para o adequado controle, seguimento e acompanhamento dos usuários. Da mesma forma que na ação anterior serão organizadas capacitações pela médica e pela enfermeira para acrescentar

conhecimentos à equipe sobre o controle de fatores de risco modificáveis e para criar estratégias para este controle.

Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: A médica monitorará semanalmente a realização de orientação nutricional aos usuários com HAS e/ou DM mediante as informações oferecidas pela equipe sobre as atividades realizadas neste sentido e com a informação colhida nas consultas junto aos usuários.

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

Detalhamento: Serão realizadas palestras e outras atividades planejadas com a comunidade, utilizando espaços como igrejas, para orientar práticas de alimentação saudável com participação de toda a equipe. Trabalharemos em parceria com os profissionais do NASF envolvendo o nutricionista nesta atividade.

Engajamento Público: Orientar usuários com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Serão utilizados meios de difusão, murais na Unidade, nas consultas e em visitas domiciliares aproveitaremos o momento para orientar aos usuários com HAS e/ou DM e a seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

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: Nas reuniões da equipe, a médica e a enfermeira com suporte da nutricionista da equipe do NASF capacitarão a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável baseados em metodologias de educação em saúde para que todos possam fornecer orientações adequadas

quanto à alimentação saudável a todos os usuários com HAS e/ou DM acompanhados na unidade.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: As técnicas de enfermagem monitorarão semanalmente a realização de orientação para prática de atividade física regular aos usuários com HAS e/ou DM segundo as informações oferecidas pela equipe sobre as atividades realizadas.

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

Detalhamento: A equipe organizara atividades educativas, rodas de conversa e utilizará o momento de visita domiciliar para realizar a orientação sobre a importância da realização de atividade física. Trabalharemos em parceria com os profissionais do NASF envolvendo o educador físico nesta atividade.

Engajamento Público: Orientar usuários com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Durante as visitas domiciliares e as nas atividades educativas públicas a equipe orientará aos usuários com HAS e/ou DM e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

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: Em conjunto com o Educador físico da equipe do NASF, a médica e a enfermeira organizarão uma capacitação para a equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular baseada em metodologias de educação em saúde.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: A enfermeira monitorará semanalmente a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com HAS e/ou DM segundo as informações oferecidas pela equipe sobre as atividades realizadas neste sentido.

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

Detalhamento: Solicitaremos junto ao gestor o fornecimento de medicamentos para combater o tabagismo em usuários com hipertensão e/ou diabetes que desejam abandonar o vício diminuindo assim os riscos para a saúde.

Engajamento Público: Orientar os usuários com hipertensão e/ou diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Utilizaremos as consultas, as visitas e as atividades educativas para orientar aos usuários com HAS e/ou DM tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

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

Detalhamento: Para a qualificação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas, na reunião de equipe, a médica capacitará a toda a equipe sobre o tratamento de usuários tabagistas.

Meta 6.7 e 6.8 – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: O técnico em consultório dentário monitorizará semanalmente a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários com HAS e/ou DM cadastrados pela equipe segundo as informações oferecidas pelos membros da equipe e na escuta dos próprios usuários acompanhados pelo Programa.

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

Detalhamento: Organizaremos o tempo médio de consultas com um mínimo de 15 minutos para cada um com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Engajamento Público: Orientar os usuários com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Em cada consulta e visita domiciliar realizaremos orientação aos usuários com HAS e/ou DM e a seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

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

Detalhamento: O odontólogo preparará uma capacitação para a equipe sobre orientações de higiene bucal que será efetuada em uma das reuniões de equipe com todos os membros para que todos possam oferecer orientações adequadas aos usuários com HAS e/ou DM quanto à higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1– Ampliar a cobertura ao usuário com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção ao usuário com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na Unidade de Saúde.

Numerador: Número de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção ao usuário com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na Unidade de Saúde.

Numerador: Número de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Denominador: Número total de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

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

Indicador 2.1: Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Indicador 2.2: Proporção de usuários com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 2.5: Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Denominador: Número de usuários com hipertensão e/ou diabetes com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 2.6: Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

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

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

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

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão 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 usuários com diabetes.

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

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes 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 usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Numerador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Numerador: Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

Objetivo 5 – Mapear usuários com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 5.1: Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 5.2: Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Indicador 6.7: Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Indicador 6.8: Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

2.3.3 Logística

Para a realização da intervenção utilizaremos os Protocolos do Ministério da Saúde de atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, ou seja, os Cadernos de Atenção Básica nº 37 e 38 respectivamente, 2013.

Objetivando-se ampliar os cadastros, destinaremos um espaço físico, para armazenar os registros, facilitando assim o acesso à informação. Será realizada capacitação com a equipe na tentativa de melhorar o acolhimento dos usuários com HAS e/ou DM, garantindo uma escuta qualificada para melhorar a adesão da população objeto da intervenção.

A capacitação dos ACS, assim como do restante dos profissionais que fazem parte da equipe para o acolhimento e cadastramento dos usuários com HAS e/ou DM de toda área de abrangência da unidade de saúde incluindo os idosos e usuários com alguma limitação que não podem comparecer à unidade será realizada no espaço das reuniões da equipe. O cadastramento será atualizado nos prontuários individuais e familiares pelos ACS à medida que o acolhimento for realizado. Ao mesmo tempo serão registrados por parte da médica ou da enfermeira da unidade nas planilhas de coleta de dados, na ficha-espelho (Anexo C) e no registro dos usuários com HAS e/ou DM já utilizado na unidade, que será melhorado e completado para a intervenção. A capacitação ficará sob responsabilidade da enfermeira, com a participação da médica da unidade.

Serão solicitados aos gestores municipais instrumentos necessários para a realização da avaliação multidimensional, integrando a equipe para que cada membro contribua no desenvolvimento da atividade com qualidade e responsabilidade. Será adotado um modelo de avaliação multidimensional, realizando capacitação pela médica aos demais membros da equipe para que seja de conhecimento geral a forma correta de preenchimento do referido modelo e sua importância para a intervenção e para cada um dos usuários que fazem parte da população alvo da mesma.

A solicitação dos exames complementares definidos pelo protocolo será garantida e será pactuada com a gestão municipal alguma estratégia para agilizar a chegada dos resultados destes exames, essa gestão será de responsabilidade do diretor da Unidade Básica de Saúde. No registro dos usuários com HAS e/ou DM serão lançados os dados pessoais do usuário, a data da solicitação do exame, assim como os resultados dos mesmos a sua chegada à unidade e a data para a realização dos próximos exames, segundo o protocolo. Estas informações serão também preenchidas no prontuário individual do usuário pelo membro da equipe que esteja realizando o atendimento no momento. Este registro funcionará como um sistema de alerta que será revisado pela enfermeira a cada 15 dias na busca de usuários com exames pendentes e faltosos às consultas. Será ainda priorizado o atendimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes com maior risco de complicações, que serão adequadamente identificados no registro. A

forma de registro facilitará a rápida visualização dos usuários que faltaram às consultas, facilitando o monitoramento e o resgate dos mesmos para adequado acompanhamento.

Será realizado controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos mantendo um registro das necessidades de medicamentos dos usuários cadastrados no Programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes da unidade. Este trabalho será realizado pela técnica de enfermagem da unidade. Será criada uma planilha para realizar anotação de quantitativo e projeção de necessidade de pedidos mensal para abastecimento das necessidades da unidade. As informações serão repassadas ao diretor da unidade para fazer gestão junto à Secretaria de Saúde e tentar solucionar o problema.

Os dados dos programas serão cruzados, na tentativa de confrontar as comorbidades, levando o número de usuários com HAS e/ou DM que estão em acompanhamento no serviço. Utilizaremos material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e para a realização do exame de glicemia capilar na unidade de saúde, o que será possível com a participação da gestão local, pois na Unidade temos esfigmomanômetro e glicômetro de boa qualidade, assim como o restante do material necessário para a realização da glicemia capilar em cada consulta aos usuários com HAS e/ou DM; mas precisamos de esfigmomanômetro adequado para usuários obesos. Sabendo da importância da realização da curva glicêmica em usuários com diabetes tratados com insulina, a médica e a enfermeira da Unidade farão um levantamento destes usuários e a necessidade de material para a realização de glicemia capilar. Com esses dados faremos conciliação com a Secretaria de Saúde para tentar suprir a necessidade e disponibilizar um glucosímetro para cada um dos usuários tratados com insulina.

Garantiremos o registro dos usuários com HAS e/ou DM acamados e/ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa, capacitando os ACS para o cadastramento destes em toda área de abrangência e ainda organizaremos a agenda para realizar visitas domiciliares e realização das consultas dos mesmo no domicílio. Os instrumentos de registro a serem utilizados serão os mesmos que para o restante dos usuários, ficando registrados no prontuário individual e familiar como usuários com HAS e/ou DM por parte das

ACS. As fichas-espelho e a planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo B) será preenchida pela médica ou pela enfermeira e também ficarão registrados todos os dados do usuário no registro do Programa Hiperdia da unidade de saúde.

Todos os usuários cadastrados serão avaliados e receberão tratamento odontológico buscando abrir espaço na agenda para atendimento específico da população alvo. Serão realizadas atividades educativas sistemáticas, com enfoque na saúde bucal e nos cuidados especiais no caso destas doenças. Capacitaremos a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde e sobre a promoção da prática de cuidados em saúde bucal. O profissional dentista será o responsável pelas capacitações que serão incluídas nas reuniões sistemáticas da equipe com periodicidade decidida pelo profissional odontólogo e a agenda será organizada pelo técnico em odontologia.

Iremos monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os usuários com HAS e/ou DM bem como o número deles com obesidade e outras condições que aumentam o risco cardiovascular. Utilizaremos palestras educativas para fornecer orientações sobre a prática de alimentação saudável, levando em consideração os grupos alimentares, horários apropriados e alimentos que devem ser evitados por estes usuários de acordo com sua doença de base, entre outras informações necessárias para o autocuidado da saúde em relação a dieta adequada.

Priorizaremos o atendimento aos usuários com HAS e/ou DM que comparecerem à unidade com problemas de saúde agudos, frente à necessidade de um atendimento mais aproximado e diferenciado, garantindo repostas rápidas e objetivas. Facilitaremos o agendamento e a visita domiciliar por parte da médica, da enfermeira e da odontóloga da unidade aos usuários cadastrados no programa e com rede social deficiente. Organizaremos dentro do serviço agenda para visitas domiciliares sistemáticas àqueles em situação de risco social, ou com histórico de abandono, pois muitos destes usuários estão com 60 anos ou mais. Para poder cumprir com todas as visitas, assim como as visitas estabelecidas para todos os usuários com HAS e/ou DM abriremos um espaço semanal na agenda. Contaremos com transporte da Secretária do município e com outros meios necessários para a realização destas.

Será solicitado ao gestor o apoio de um profissional educador físico para dar suporte adequado quanto às orientações para realização de atividades físicas como práticas regulares junto ao grupo de usuários com HAS e/ou DM. Todos os membros da equipe estimularão de forma permanente a realização de atividades físicas na comunidade utilizaremos espaços sociais ou outros, como conselhos comunitários para esta prática, para isso serão aproveitados todos os contatos com os usuários tanto nas consultas como nas visitas domiciliares e serão realizadas atividades coletivas também com essa finalidade.

3 Relatório da Intervenção

A Intervenção desenvolvida na unidade de saúde para alcançar melhorias no atendimento à população com HAS e/ou DM na área de abrangência, constitui o primeiro passo para alcançar a excelência no trabalho. Com muitos objetivos e metas para alcançar, a equipe começou a tarefa, que desde o início não parecia fácil e trazia consigo muitos desafios, mas com o passar das semanas muitos obstáculos foram vencidos e ao final da intervenção ficamos satisfeitos porque conseguimos alcançar a maioria dos objetivos e metas traçadas.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Com o envolvimento de todos os profissionais da equipe, do cumprimento da jornada laboral e do planejamento das diversas atividades conseguimos que a maioria das ações planejadas fossem cumpridas. Como previsto, as consultas aos usuários com HAS e/ou DM aumentaram em número e ganharam em qualidade. O acolhimento aos usuários com HAS e/ou DM foi realizado todos os dias da semana e a consulta foi ganhando em organização, qualidade e aceitação por parte da população. No início existiam alguns usuários que achavam que por se encontrar controlados e tomando a medicação não tinham que comparecer à consulta médica, situação que foi modificada durante a intervenção, pois observamos que isso mudou para melhor e os usuários saíram da consulta conscientes da importância do acompanhamento e com a data da próxima consulta agendada.

As visitas domiciliares foram de muita ajuda para a ampliação da cobertura e para que as consultas de alguns usuários fossem mantidas em dia, pois por motivos de saúde não podiam comparecer à unidade para o controle. Durante a intervenção foi prioridade a visita aos usuários com HAS e/ou DM. As

consultas realizadas à domicílio foram de boa qualidade e ampliaram a participação dos profissionais da equipe, incluindo os de odontologia, que avaliaram a necessidade de atendimento odontológico em cada um dos usuários. A busca ativa também foi de muita ajuda, pois com ela conseguimos atender usuários que estavam faltosos à consulta, alguns deles já agendado para comparecer à unidade no início da intervenção. Com a busca ativa foi dado cumprimento às ações planejadas para a intervenção.

Com o uso dos protocolos de atendimento aos usuários com estas doenças crônicas, conseguimos fazer uma avaliação mais completa dos usuários. Observando e respeitando a frequência das avaliações, os exames a realizar, as interconsultas quando necessário, os itens a levar em consideração para um exame físico completo, a estratificação de risco cardiovascular; conseguimos identificar os usuários mais susceptíveis para complicações. Com essa identificação podemos dar um atendimento diferencial a esses casos garantindo o bem estar de cada um e diminuir a ocorrência de complicações e morte por essas causas. Neste aspecto também foi alcançado o objetivo que planejamos.

A realização de testes de glicemia capilar antes de cada consulta aos usuários com HAS e/ou DM assim como àqueles com fatores de risco para DM foi realizada sempre que contamos com o material necessário. A verificação da pressão arterial a todos os usuários maiores de 18 anos pesquisando possíveis usuários hipertensos também foi realizada e foi de muito valor para o diagnóstico e acompanhamento de novos casos.

A melhoria na qualidade dos registros foi alcançada também. Em nossa unidade, todo usuário com HAS e/ou DM possui uma ficha de atendimento individual onde são preenchidos todos os dados relacionados ao acompanhamento em consultas e visitas domiciliares. Além disso, foram preenchidas as fichas-espelho disponibilizadas pelo curso para cada um dos usuários avaliados. A organização dos arquivos e o completamento da informação de cada usuário portador de HAS e/ou DM foi um desafio para a equipe que conseguimos vencer.

As capacitações previstas foram realizadas assim como as reuniões da equipe. Ambas foram de muita importância, pois com elas a equipe se preparou para o trabalho e para o preenchimento adequado das fichas individuais e fichas-

espelho, avaliamos e monitoramos as ações, planejamos as ações a serem desenvolvidas nas semanas posteriores. Foram adquiridas e aperfeiçoadas habilidades para a tomada adequada da pressão arterial, o manejo dos usuários e as orientações por meio de atividades educativas para a população quanto à importância da mudança de estilo de vida para hábitos saudáveis também foram realizadas.

Conseguimos realizar atividades coletivas e individuais de promoção e prevenção à saúde na unidade, em momentos de grupos e em sala de espera bem como nas visitas domiciliares também orientamos sobre diferentes temas de interesse relacionados ao grupo alvo da intervenção. A unidade contou com o apoio dos profissionais do NASF em algumas das atividades coletivas. Na sala de espera foram expostos nos murais informações sobre HAS e/ou DM e prevenção das complicações destas doenças para que as pessoas pudessem ler enquanto aguardavam pelo atendimento. O conteúdo e objetivos da intervenção foram divulgados permanentemente durante o período de intervenção para que a população pudesse ter conhecimento sobre o assunto.

Foram muitas as dificuldades enfrentadas como a falta de equipamentos básicos, pois não temos esfigmomanômetro adequado para a tomada de pressão arterial em usuários obesos e a inexistência temporária de alguns dos medicamentos disponibilizados pelo Programa HIPERDIA na farmácia popular. Faltaram fitas para a realização da glicemia capilar em várias oportunidades. Outra das dificuldades que a equipe enfrentou foi o aumento das doenças infecciosas e virais durante várias semanas da intervenção que geraram aumento da demanda espontânea de usuários que tinham que ser atendidos no dia por apresentar sintomas como febre e mal estar geral. Em relação as interconsultas no nível secundário também tivemos problemas, devido à baixa cobertura e agendamento das consultas para datas muito distantes de nossa avaliação. Válido esclarecer que nunca contamos com a contra referência dos usuários encaminhados para atendimento especializado, o que dificulta nosso trabalho.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações foram realizadas, mas para alcançarmos algumas tivemos que fazer um esforço adicional como para a orientação adequada da

atividade física, já que não contamos com profissional capacitado na área. Mas, em outros casos, mesmo com nosso esforço, não alcançamos a meta de 100% devido ao fato de que na unidade de saúde os medicamentos usados por alguns usuários para o controle da HAS e/ou DM não estão disponíveis. Em muitos casos a médica da unidade fez substituição de medicamentos que os usuários compravam por medicamentos disponíveis na unidade, sempre que fossem similares e não comprometessem o adequado controle das doenças.

A proporção de pessoas com HAS e/ou DM com avaliação de necessidades de atendimento odontológico foi outra das ações cumpridas, mas não na totalidade, mesmo que 100% foram avaliados, muitos ainda encontram-se pendentes de tratamentos para restabelecer a saúde bucal. Estamos priorizando os usuários com diabetes pelo maior risco de complicações causadas por infecções.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A coleta e sistematização de dados relativos à intervenção foram realizadas sem dificuldades. O fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores durante todas as semanas da intervenção foi realizado sem problemas. As fichas-espelho foram preenchidas em todos os casos com a informação de cada um dos usuários cadastrados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

É viável incorporar à rotina do serviço as atividades desenvolvidas na intervenção e isto está sendo realizado na prática. Continua o rastreamento e cadastramento de casos novos de HAS e/ou DM, programação e realização de consultas segundo os protocolos com adequado exame físico e estratificação de risco cardiovascular, assim como as orientações em relação à higiene bucal, alimentação saudável, importância da prática de exercícios físicos e abandono do tabagismo. A indicação dos exames complementares com a frequência necessária também está garantido e devido aos esforços do município e pelo fato de a unidade possuir um número pequeno de usuários (pequena em comparação com outras unidades), os exames estão sendo realizados em um prazo curto de tempo.

Temos que continuar trabalhando, sobretudo para alcançar mais envolvimento da comunidade nas questões relacionadas com a saúde e levar as ações em saúde para espaços públicos fora da unidade de forma contínua e frequente. Conseguir a eleição de um conselho de saúde no bairro para nos apoiar em nosso trabalho, assim como ampliar o número de ACS (temos áreas descobertas que não tem ACS) são metas pelas quais temos que lutar ainda. Acredito que com a incorporação de todas as ações desenvolvidas durante a intervenção à rotina estaremos garantindo um atendimento de qualidade aos usuários de nossa área de abrangência, pelo que devemos lutar para permanecer trabalhando como se ainda estivéssemos realizando a intervenção para o curso.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Os resultados a seguir apresentam a intervenção realizada na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, Rio Grande do Norte, entre os meses de junho a agosto de 2015. Destacamos que os dados utilizados para apresentação dos resultados são decorrentes do cadastramento realizado pelos ACS junto à comunidade durante o processo de intervenção. Assim, ao concluirmos o cadastramento verificamos que a Unidade possui um total de 191 pessoas com hipertensão e 47 pessoas com diabetes mellitus. Estes dados divergem dos percentuais apresentados pelo CAP, mas representam a nossa realidade.

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Meta 1.1 - Cadastrar 80% das pessoas com hipertensão 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.

Segundo a estimativa do SIAB, a população pertencente à área de abrangência da Unidade é de 1.256 usuários. Destes, 191 são portadores de hipertensão e 47 de diabetes. Antes de começar a intervenção tínhamos cadastrados 144 pessoas com hipertensão e 40 pessoas com diabetes.

Conforme a **Figura 1**, em relação ao grupo de pessoas com hipertensão no primeiro mês alcançamos uma cobertura de 33% perfazendo um total de 63 pessoas com hipertensão avaliadas. No segundo mês chegamos a 75,4%

perfazendo um total de 144 pessoas com hipertensão avaliadas e ao longo do terceiro mês cadastramos um total de 191 pessoas com hipertensão alcançando 100% da população portadora de hipertensão acompanhada pelo serviço de saúde superando a meta proposta de 80%.

A meta estabelecida foi superada, primeiramente; pelo tamanho de nossa população alvo, que é pequena e também pelo trabalho realizado, a organização e realização das ações segundo o cronograma. Desde o início de nossa intervenção as ações foram divulgadas à população e foram definidas as funções de cada profissional, pois isto contribui positivamente para a melhoria da cobertura do Programa.

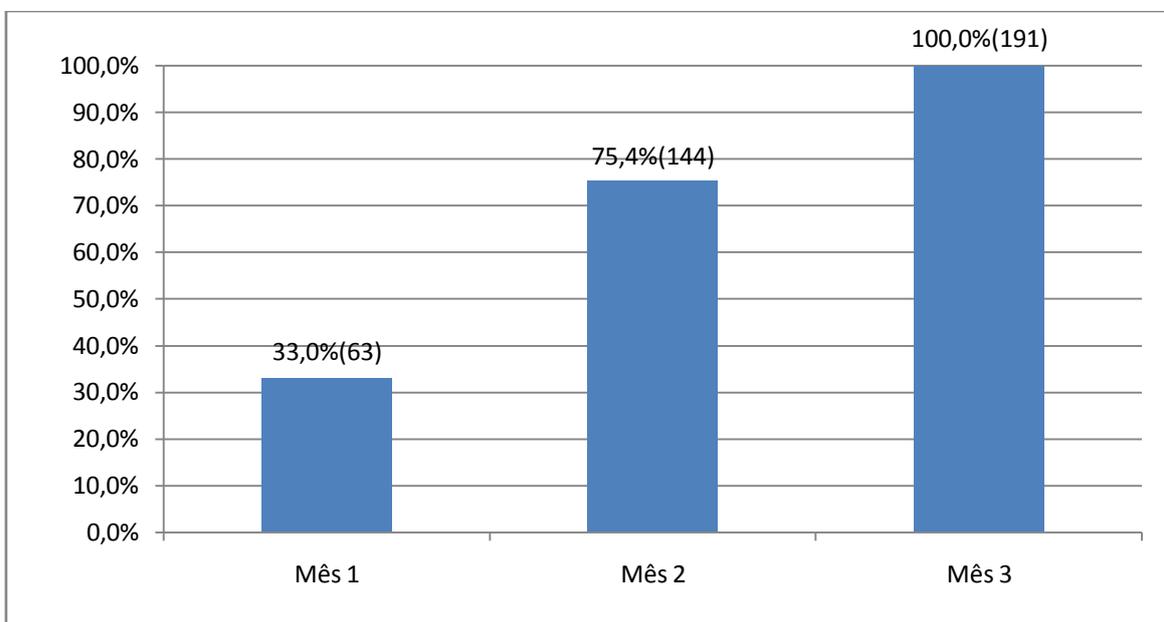


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção à pessoa com hipertensão arterial na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 85% das pessoas com diabetes 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.

Em relação às pessoas com diabetes, conforme a **Figura 2**, no primeiro mês avaliamos um total de 40,4% perfazendo 19 pessoas com diabetes acompanhadas e avaliadas pelo Programa, no segundo mês passamos para 80,9% perfazendo um total de 38 pessoas com diabetes avaliadas e cadastradas e no terceiro mês superamos a meta proposta alcançando 100% (47) das

peças com diabetes pertencentes à área de cobertura da unidade avaliadas e em monitoramento pelo serviço.

Devido ao trabalho em equipe e ao cumprimento das ações segundo cronograma a meta estabelecida foi superada, também o alcance da meta deve-se ao fato de nossa população alvo ser pequena, o que tornou mais fácil alcançar a cobertura de 100%. Desde a primeira semana de nossa intervenção houve divulgação à população e foram definidas as funções de cada dos membros da equipe envolvidos na intervenção e com o decorrer das semanas bem como do esforço conjunto conseguimos alcançar um resultado muito satisfatório e gratificante para todos.

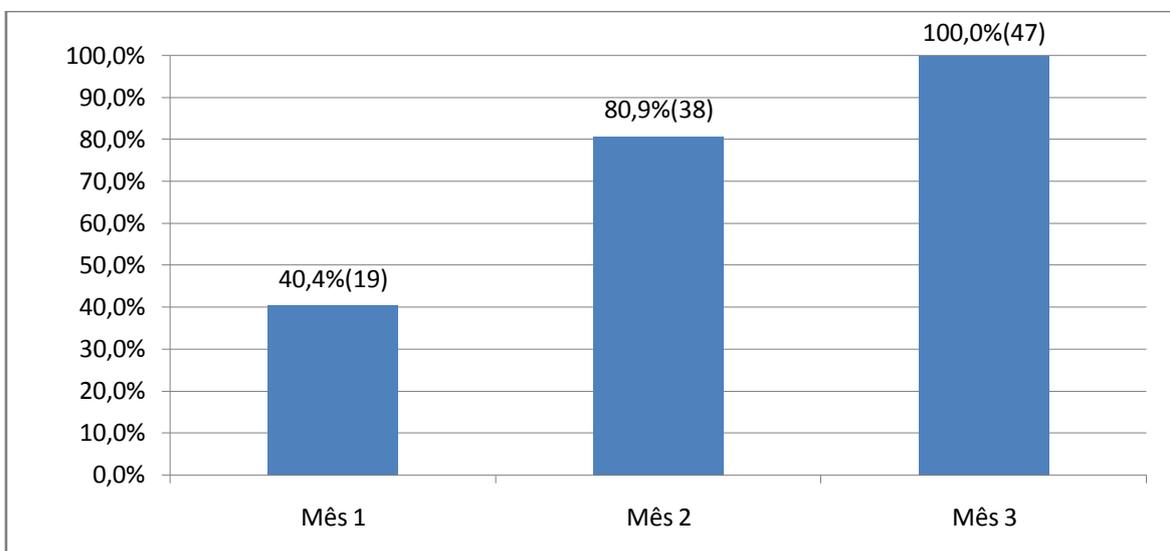


Figura 2 – Cobertura do programa de atenção à pessoa com diabetes mellitus na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1: Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Conforme a **Figura 3**, no primeiro mês um total de 96,8% (61) da população com hipertensão estimada para a área estava com o exame clínico em dia, no segundo mês, esta ação contemplou 98,6% (144) e, no terceiro mês, realizamos exame clínico em 100% (191) dos usuários com hipertensão.

Para alcançar o cumprimento desta meta foi muito importante realizar o exame clínico apropriado nas pessoas com hipertensão em momento das consultas programadas, segundo recomendação do protocolo do MS utilizado; assim como a busca ativa de faltosos pelos ACS, pois a mesma garantiu o atendimento e exame físico de usuários que se encontravam com consultas atrasadas e faltosos aos atendimentos.

Nos dois primeiros meses não alcançamos 100% na realização do exame clínico para todos os usuários com HAS pelo fato de que alguns usuários foram agendados para comparecer à Unidade para consulta programada, mas não compareceram na data marcada. Nestes casos foi realizada busca ativa e houve reagendamento da consulta, alcançando ao final de nossa intervenção a meta pactuada em relação a este indicador de qualidade.

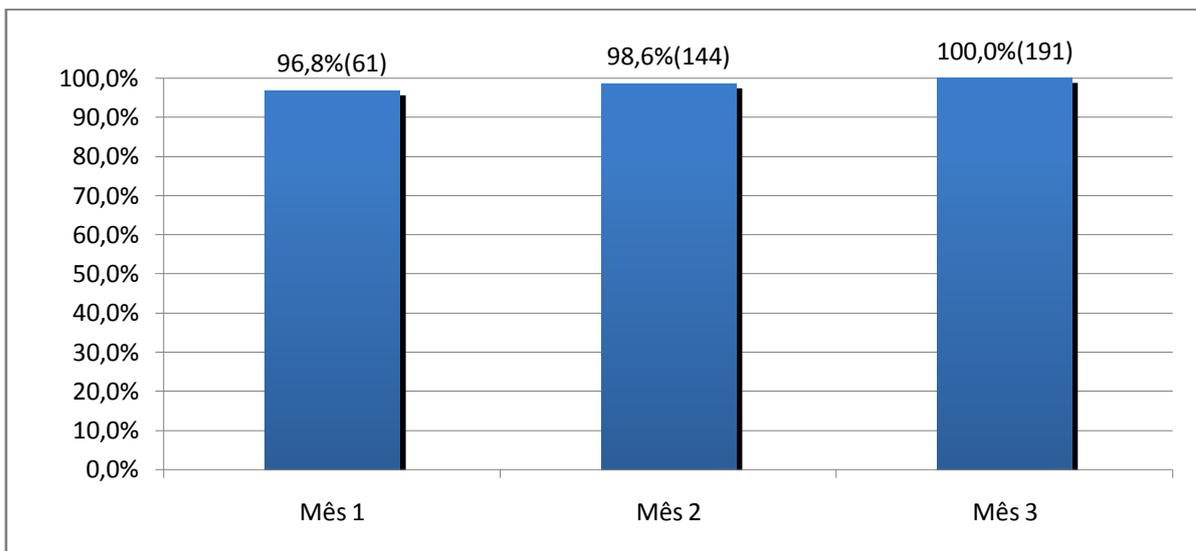


Figura 3 – Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2: Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Quanto às pessoas com diabetes mellitus mantivemos percentuais de 100% quanto à realização de exame clínico em dia. Assim, no primeiro mês, tivemos 100% (19) de pessoas com diabetes submetidas ao exame clínico mantendo-o em dia, no segundo mês também 100% (38) dos portadores de

diabetes foram submetidas ao exame e, no terceiro mês 100% (47) dos usuários pessoas com diabetes também mantiveram o exame clínico em dia.

Estes percentuais foram possíveis de serem alcançados pelo trabalho continuado do médico especializando integrante da Estratégia de Saúde da Família e pela avaliação integral realizada em todos os usuários avaliados.

Foram realizados exames de glicemia capilar em adultos com pressão sustentada maior que 135/80 mmHg e, além disso, antes de cada consulta sempre que tínhamos disponibilidade do material necessário realizávamos também o teste de glicemia nos portadores de diabetes,. As capacitações e as reuniões da equipe foram de vital importância para elevar a qualidade das consultas e as ações realizadas por cada um dos membros da equipe durante a intervenção.

Meta 2.3: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Durante os três meses da intervenção encontramos pessoas com exames complementares em atraso porque haviam faltado à consulta agendada e outros já haviam encaminhado para o sistema para marcar a data para a realização dos mesmos e estavam aguardando já fazia um certo tempo sem conseguir realizar os exames. Durante a intervenção realizamos monitoramento da solicitação dos exames segundo o protocolo, buscamos uma forma de gestão para agilizar a realização dos mesmos, realizamos capacitação a equipe em relação ao tema e orientamos aos usuários sobre a necessidade e periodicidade com que devem realizar os exames.

Apesar dos usuários que faltaram às consultas ou que estavam em atraso quanto a realização de exames mantivemos no primeiro mês 95,2% (60) das pessoas com hipertensão conseguiram realizar os exames em dia de acordo com o protocolo, no segundo mês conseguimos atingir a 96,5% (139) das pessoas com hipertensão que realizaram os exames de acordo com o protocolo, e no terceiro mês alcançamos 100% (191) dos usuários com hipertensão com os exames em dia de acordo com o protocolo.

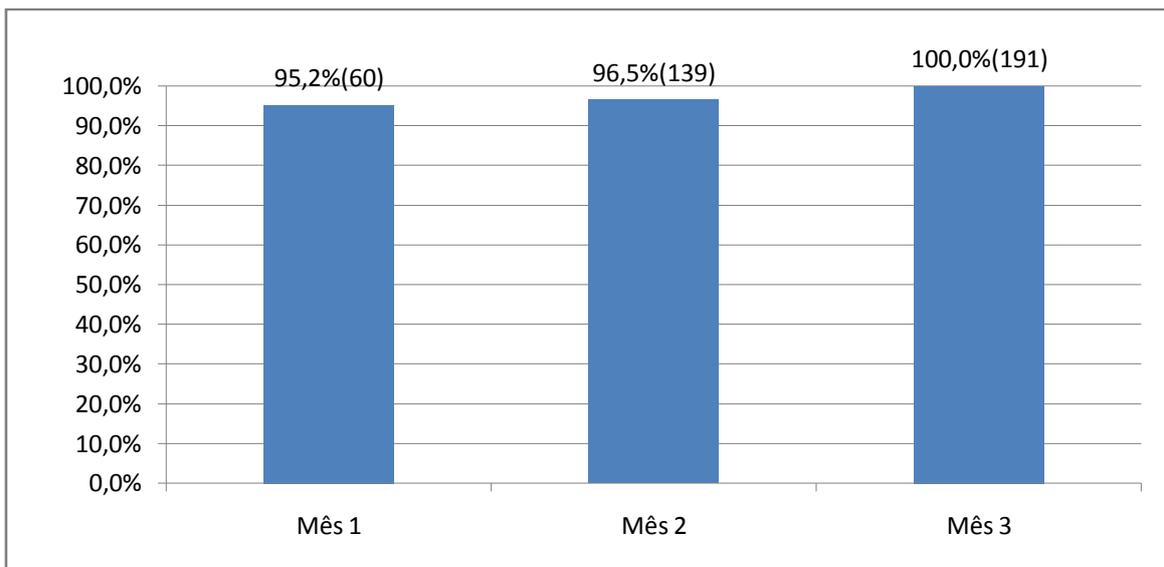


Figura 4 – Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Conforme a **Figura 5**, durante o primeiro mês da intervenção 89,5% (17) das pessoas com diabetes cadastrados realizaram os exames complementares em dia, no segundo mês um total de 92,1% (35) das pessoas com diabetes realizaram os exames complementares mantendo-os atualizados e no terceiro mês alcançamos 100% (47) das pessoas com diabetes com os exames em dia atingindo a meta proposta.

A meta foi cumprida porque o número de vagas disponíveis para exames para nossa população foi suficiente para cobrir as demandas dos usuários, uma vez que a população é pequena e pelo trabalho das pessoas envolvidas na intervenção, pois em conjunto garantimos a indicação dos mesmos, agendamento, monitoramento e orientação à população quanto à necessidade de realizar os exames em dia.

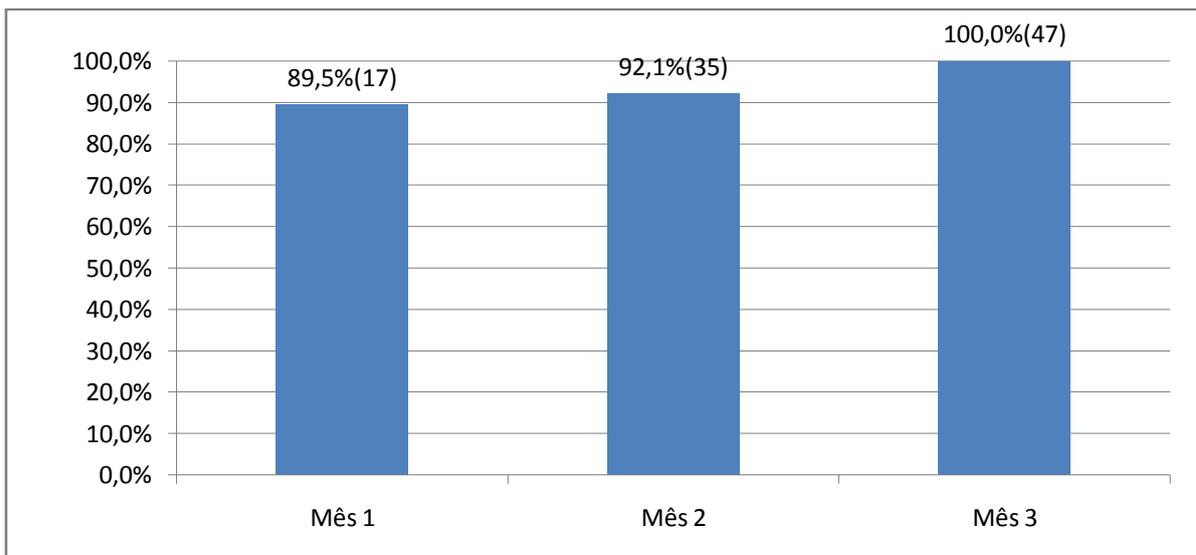


Figura 5 – Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Conforme **Figura 6**, no primeiro mês de intervenção, o número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular foi de 95,2% (59), no segundo mês de 97,2% (138) e terceiro mês de 98,4% (187) das pessoas com hipertensão em uso dos medicamentos disponibilizados pela farmácia popular.

A meta de manter 100% das pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos para o controle da HAS da Farmácia Popular não foi possível cumprir conforme estabelecido.

Durante as consultas foram identificados muitos usuários que estavam comprando medicamentos, alguns deles caros e que às vezes o usuário não tinha condições de adquiri-los e ficava sem tomar a medicação. Assim, por meio de uma avaliação completa e tendo como premissa manter o controle da doença, foram substituídos por medicamentos oferecidos gratuitamente pelo SUS, nas farmácias populares. Esta ação é de muita importância para garantir a adesão do paciente ao tratamento.

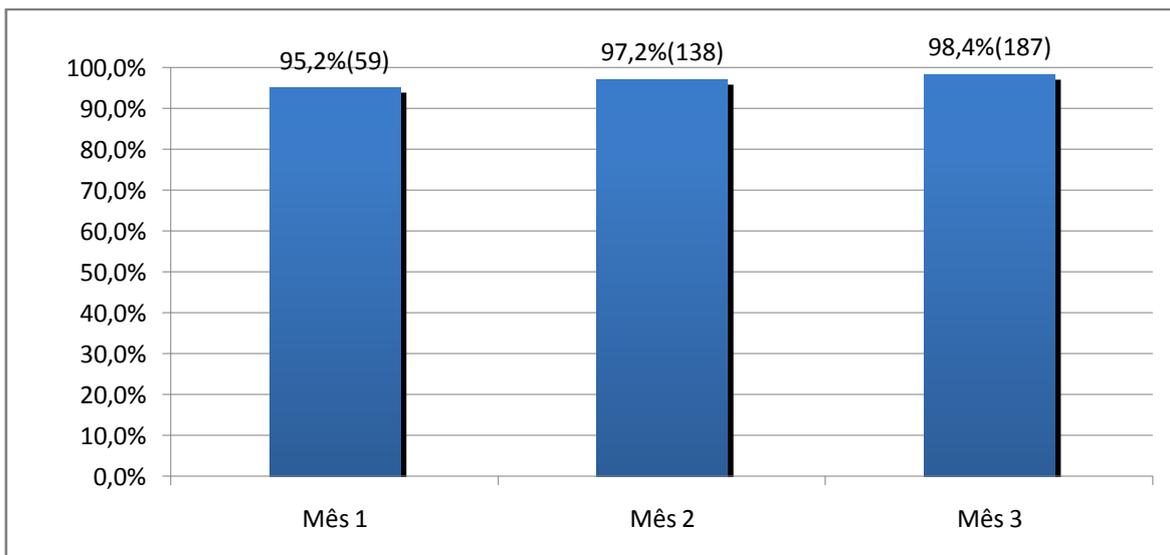


Figura 6 – Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

A meta para este indicador foi cumprida na sua integralidade ao fecharmos o 3º mês de intervenção. No primeiro mês 100% (17) das pessoas com diabetes estavam com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, no segundo mês 100% (35) das pessoas com diabetes cadastradas no Programa estavam em uso de medicamentos da Farmácia Popular e no terceiro mês mantivemos 100% (47) das pessoas com diabetes em uso da medicação da Farmácia Popular priorizada.

Foi possível o cumprimento desta meta porque contamos com uma quantidade pequena de usuários com diabetes e até o momento conseguimos manter o controle metabólico dos usuários com os medicamentos disponíveis nas farmácias populares que são disponibilizados gratuitamente pelo SUS. Durante a intervenção foram substituídos medicamentos que eram adquiridos pelos usuários por similares disponíveis gratuitamente em comum acordo com os mesmos pelo que todas as pessoas com diabetes cadastradas fossem também beneficiadas.

É muito válido referenciar que durante esse processo encontramos alguns usuários que tomavam medicação indicada por endocrinologistas e que no início

apresentaram um pouco de resistência à mudança, mas com a orientação oportuna e ofertando informação e dando confiabilidade não só aceitaram a troca como também ficaram contentes por não ter que comprar mais os medicamentos.

Ações como o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, a manutenção de um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com diabetes cadastradas na unidade e o vínculo com os encarregados de fornecer os medicamentos à unidade, fizeram possível o alcance da meta. Orientamos aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular como a realização do cadastro nas Farmácias Populares do município que tem convênios com o SUS e onde também podem receber seus medicamentos de forma gratuita.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

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

Conforme a **Figura 7**, no primeiro mês 93,7% (59) das pessoas com hipertensão foram avaliadas quanto à necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês 95,8% (138) foram avaliadas e no terceiro mês foram avaliados 100% (191) das pessoas com hipertensão representando a totalidade dos cadastrados.

A disponibilidade de atendimento odontológico em nossa unidade consiste em uma das maiores vantagens para os usuários de nossa área de abrangência, pois é oferecida uma atenção integral de qualidade no cuidado da saúde bucal. Esta opção está ao alcance de toda a população e tem uma boa aceitação já que a maioria não conta com os meios econômicos para procurar este serviço no setor privado. Durante a intervenção tivemos algumas dificuldades devido ao fato de que a oferta era menor que a demanda e porque as profissionais de odontologia se encontravam em atividades de especialização. Assim, mesmo que a equipe foi capacitada para realizar avaliação da saúde bucal, preferimos que a avaliação fosse realizada pelos profissionais de odontologia para garantir maior qualidade. Mas, no decorrer dos 3 meses de intervenção todos os usuários foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico.

Foi organizada a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento às pessoas com hipertensão provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, dando prioridade aos casos mais críticos. Válido esclarecer que muitos se encontram em espera de solucionar problemas de saúde bucal, pendentes de tratamento e alguns deles terão que procurar assistência em outros centros de saúde, pois necessitam de serviços que não são oferecidos na unidade.

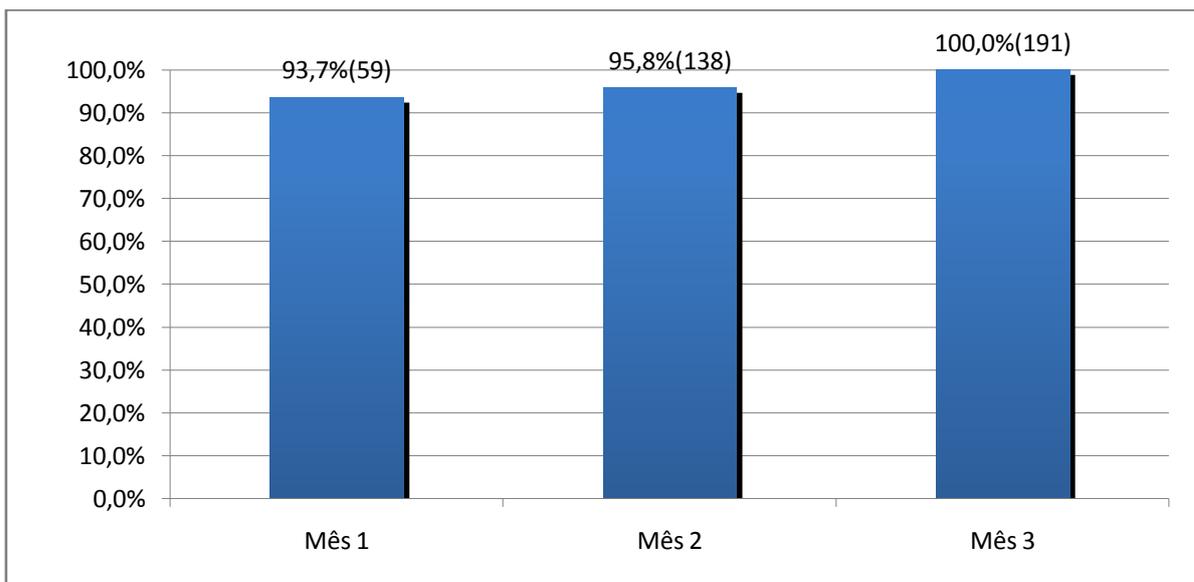


Figura 7 – Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

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

A metodologia de trabalho para as pessoas com diabetes foi a mesma utilizada com as pessoas com hipertensão. Entretanto, no caso das pessoas com diabetes serem mais propensas a descompensações decorrentes de infecções a qualquer nível, incluindo as bucais, tiveram prioridade em relação às pessoas com hipertensão. No primeiro mês 100% (19) das pessoas com diabetes avaliadas receberam atenção odontológica, no segundo mês foram avaliadas 97,4% totalizando 38 pessoas com diabetes e no terceiro mês alcançamos 100% (47) das pessoas com diabetes avaliadas pelo serviço de odontologia da unidade de saúde.

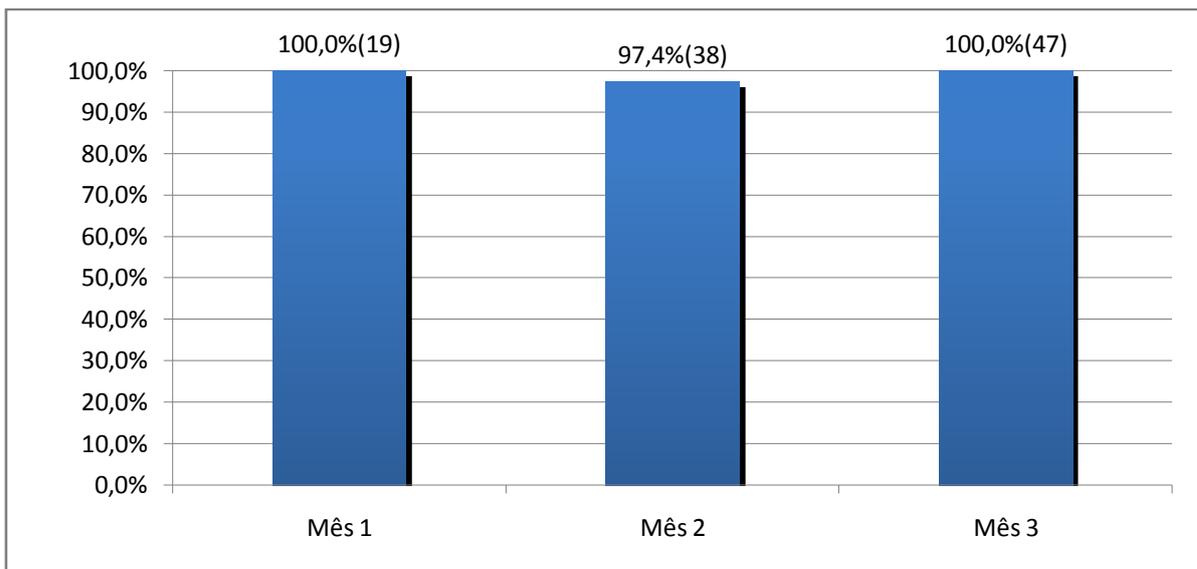


Figura 8 – Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Durante a intervenção a busca ativa de faltosos foi uma prioridade para a equipe de trabalho. Nossa equipe realizou um trabalho importante no cumprimento desta meta, foi realizada uma capacitação aos ACS para atualização cadastral e busca ativa de usuários em controle com atraso sob responsabilidade da enfermeira. As visitas domiciliares pela médica e pela enfermeira foram priorizadas para estes usuários. O monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo pelos demais membros da equipe foi determinante para a recuperação de usuários faltosos às consultas.

No transcurso das semanas cada usuário agendado para consulta era visitado para lembrar-lhe da importância de comparecer a unidade para o controle. Mesmo assim tivemos faltosos a consulta que foram revisitados e recuperados. Assim, no primeiro mês realizamos busca ativa de 100% (2) dos usuários com hipertensão faltosos e no segundo mês também 100% (4) dos

usuários faltosos foram buscados e no terceiro mês não houve faltosos mantendo os 100% (4) do mês anterior com busca ativa realizada.

Válido destacar que no início da intervenção existiam muitos usuários com consultas em atraso, mas a equipe considerou como faltoso aquele usuário que mesmo em atraso, foi agendado e não compareceu no dia da consulta e teve que ser visitado novamente. Assim, parece que realizamos poucas visitas, mas na verdade a imensa maioria dos usuários avaliados pelo Programa durante a intervenção foram visitados.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de pessoas com diabetes faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Durante o desenvolvimento da intervenção não tivemos usuários com diabetes faltosos às consultas porque consideramos como faltoso ao usuário que uma vez visitado pelos ACS para marcar a data da consulta, não compareceu à unidade na data marcada, mas todos os usuários com diabetes compareceram. Foi muito importante a realização das visitas domiciliares priorizadas a estes usuários pelos ACS, informando a todos sobre a importância de permanecerem em controle mantendo consulta em dia além de informar-lhes da data da consulta na unidade de saúde. Com isso, foram poucos os usuários que faltaram a consulta e tiveram que ser reagendados.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

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

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

Quanto à proporção de usuários com registro adequado na ficha de acompanhamento no primeiro mês tivemos 98,4% (62) de pessoas com hipertensão estavam com registro adequado, no segundo mês 98,6% (142) das pessoas com hipertensão foram mantidos com os registros adequados e no terceiro mês alcançamos 100% (191) de registros adequados para os portadores de hipertensão.

Para este registro foram utilizadas as fichas-espelho disponibilizadas pelo curso o que por sua vez permitiu o registro de toda avaliação realizada e facilitou a organização para o acompanhamento de todos os usuários de forma a garantir um monitoramento adequado e eficaz.

Para esta ação foi realizado o monitoramento semanalmente dos registros de pessoas com hipertensão acompanhados na unidade de saúde, assim como trabalhamos e supervisionamos as informações no livro de acompanhamento e em toda documentação necessária para manter as informações atualizadas.

A dificuldade em manter 100% dos registros adequados na ficha de acompanhamento dos usuários com HAS foi devido ao fato para completarmos as informações na ficha de acompanhamento era preciso manter contato com os usuários e/ou seus familiares a fim de coletar as informações que estavam incompletas para preencher os dados necessários que eram obtidos no momento da consulta. Na medida em que as consultas foram sendo realizadas, os registros dos usuários que estavam pendentes (devido à falta à consulta agendada) nos dois primeiros meses foram sendo completados e, para satisfação da equipe, ao concluirmos a intervenção atingimos a meta proposta para esse indicador.

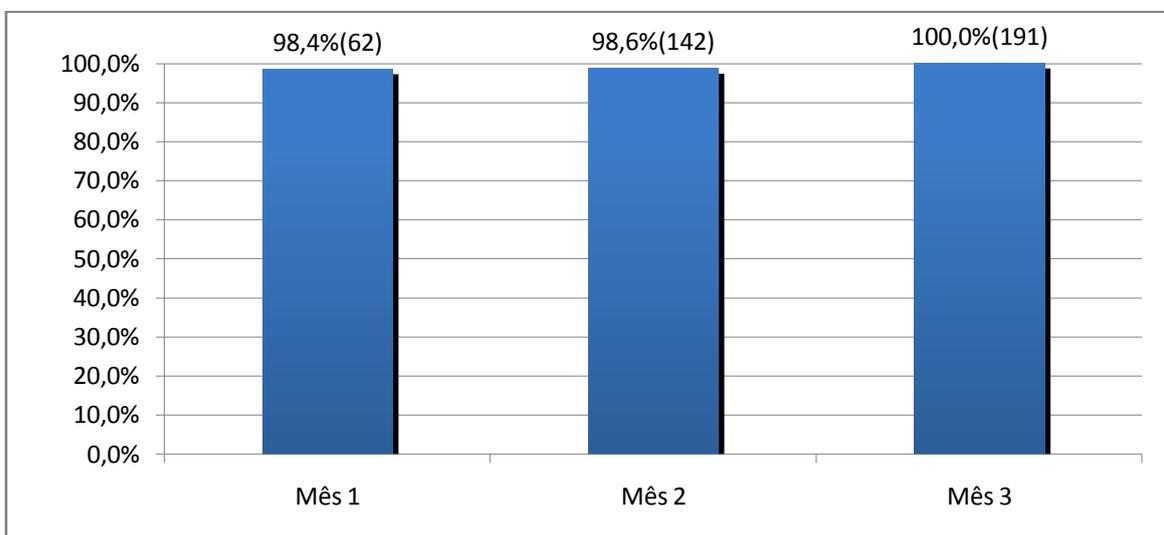


Figura 9 – Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

A meta de manter a ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde foi alcançada sem dificuldades. Durante a intervenção mantivemos sempre os registros atualizados para os usuários portadores de diabetes mellitus residentes em nossa área. As ações mais importantes para alcançarmos para o cumprimento da meta foi pactuar nas reuniões da equipe como deveria ser o registro das informações para manter as mesmas atualizadas. Capacitamos a equipe para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da pessoa com diabetes. Também informamos aos usuários sobre seus direitos de ter acesso às informações e adquirir uma segunda via das mesmas, se necessário.

Objetivo 5 – Mapear pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Conforme a **Figura 10**, no primeiro mês a estratificação de risco cardiovascular foi realizada em 96,8% (61) das pessoas com hipertensão, no segundo mês a 98,6% (142) das pessoas com hipertensão e no terceiro mês realizamos estratificação a 100% (191) das pessoas com hipertensão alcançando a meta proposta sem dificuldades. A realização desta ação foi possível devido ao monitoramento do número de pessoas com hipertensão com realização de pelo menos uma estratificação de risco por ano.

Foram realizadas capacitações periodicamente pelo médico e pela enfermeira à equipe para que todos soubessem realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, mesmo assim, essa estratificação foi feita em cada um dos usuários pela médica especializanda durante as consultas individuais. Os usuários classificados como alto risco cardiovascular tiveram prioridade na hora de agendar exames, consultas, para as visitas domiciliares, encaminhamentos para atendimento no nível secundário por cardiologistas e outros especialistas. Também receberam informação sobre a possibilidade de controlar fatores de risco modificáveis para diminuir ao máximo

possível o risco de sofrer complicações e morte causadas pelas doenças deste tipo.

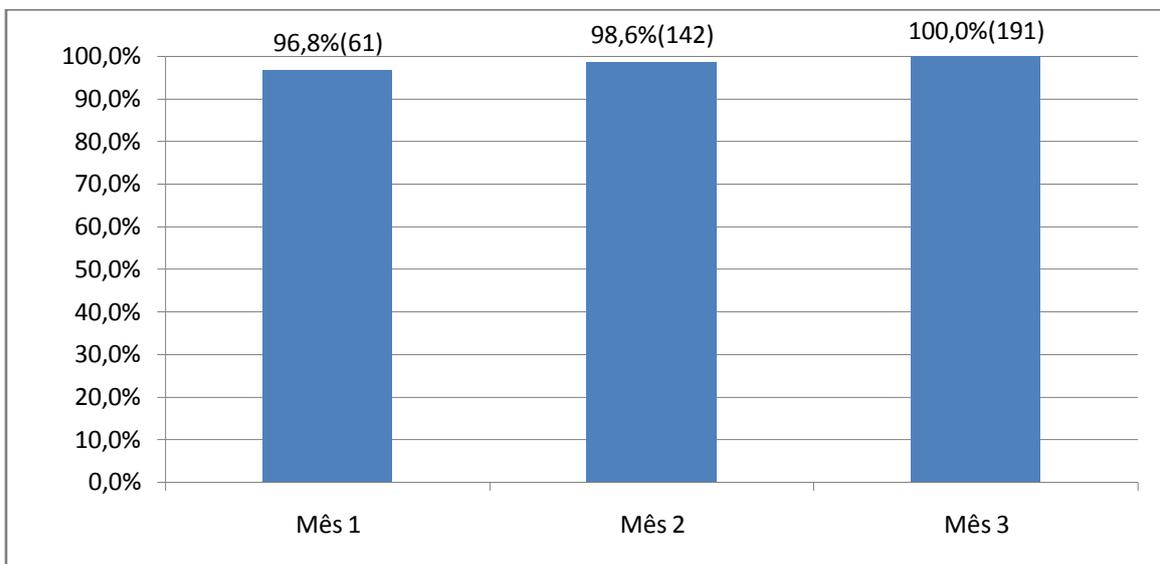


Figura 10 – Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Assim como para as pessoas com hipertensão também realizamos as ações para com as pessoas portadoras de diabetes mellitus. Conforme a **Figura 11**, no primeiro mês 100% (19) das pessoas com diabetes estavam com a estratificação de risco cardiovascular realizada, no segundo mês 97,4% (37) das pessoas com diabetes também estavam com estratificação de risco realizada e no terceiro mês alcançamos 100% (47) de realização de estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia aos portadores de diabetes.

Nas visitas domiciliares e durante as consultas a equipe orientou quanto ao nível de risco e quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis e adoção de hábitos de vida saudáveis. Além disso, realizamos capacitações para a equipe para realizar estratificação de risco e informamos sobre a importância da mesma e sobre a necessidade de dar prioridade no atendimento aos usuários com alto risco cardiovascular, aumentar a periodicidade das visitas e alertar sobre sinais de alarme quanto às complicações.

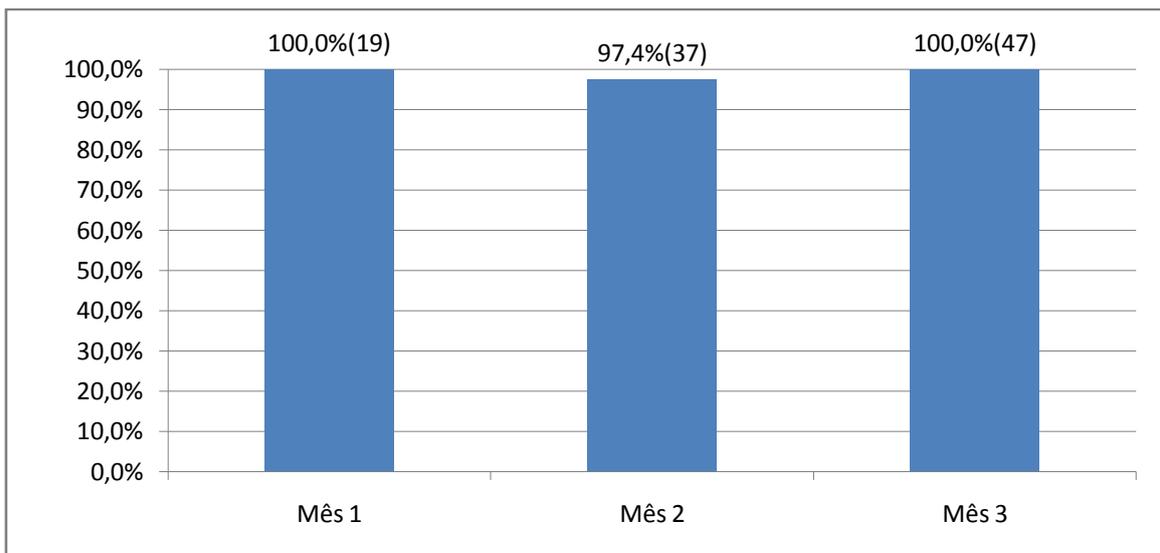


Figura 11 – Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.

Objetivo 6 – Promover a saúde de pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Conforme **Figura 12**, no primeiro mês 98,4% (62) das pessoas com hipertensão receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, no segundo mês 99,3% (143) foram orientados e no terceiro mês de intervenção alcançamos a meta com orientação nutricional a 100% (191) das pessoas com hipertensão. Foi possível atingir a meta traçada neste aspecto devido ao monitoramento da realização de orientação nutricional às pessoas com hipertensão, organizamos também atividades coletivas sobre alimentação saudável com a participação da nutricionista do NASF, orientamos às pessoas com hipertensão e aos seus familiares sobre a importância da alimentação saudável durante as consultas individuais. Também realizamos em conjunto (médica especializanda e enfermeira) uma atividade para capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e metodologias de educação em saúde.

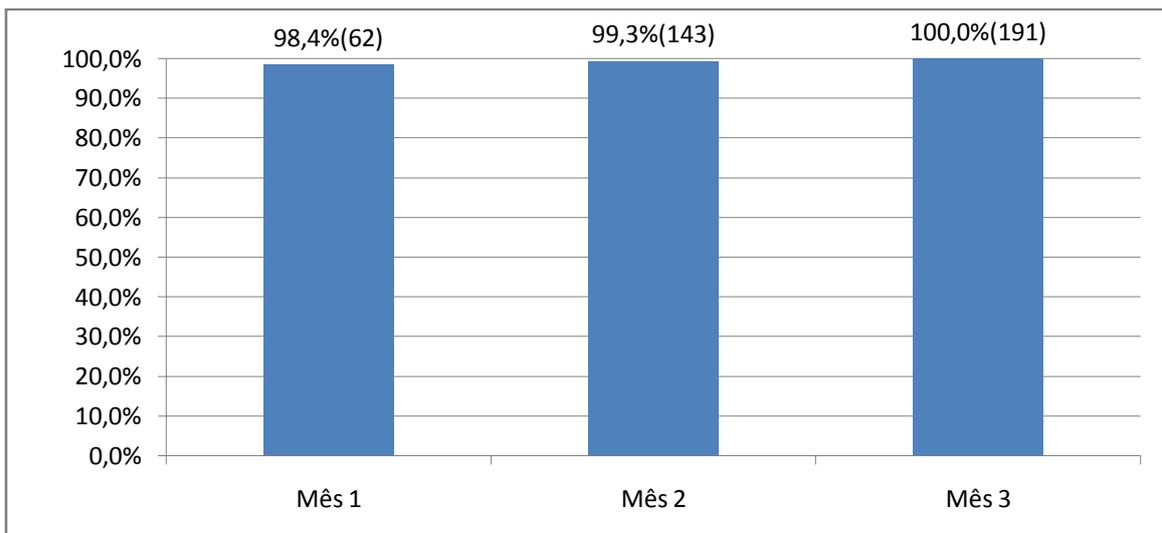


Figura 12 – Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

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

No primeiro mês 100% (19) das pessoas com diabetes receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, no segundo mês mantivemos a orientação a 100% (38) das pessoas com diabetes acompanhadas e no terceiro mês de intervenção a meta de 100% (47) também foi mantida. Consideramos de vital importância a orientação sobre alimentação saudável a todos os usuários, especialmente no caso dos portadores de diabetes devido à necessidade de manter adequado controle metabólico por meio de uma dieta especial.

Durante as consultas individuais identificamos usuários descompensados, obesos e com dislipidemias, alguns deles foram encaminhados para acompanhamento com a nutricionista. Nas atividades coletivas, as pessoas com diabetes participaram em conjunto com as pessoas com hipertensão, mas as orientações foram individualizadas em dependência da doença por ocasião da consulta individual.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Para alcançar o cumprimento desta meta foi necessária a participação de toda a equipe de saúde. Durante as visitas domiciliares realizadas, os ACS informaram aos usuários sobre a importância de realizarem atividade física regular, nas consultas individuais as orientações foram fornecidas pela médica especializanda e pela enfermeira da unidade de saúde. Divulgamos na sala de espera materiais sobre a importância da prática regular de atividade física para prevenir doenças e ajudar no controle do peso, da pressão arterial e dos níveis de glicose no sangue.

Assim, conforme a **Figura 13** ao longo do primeiro mês 98,4% (62) das pessoas com hipertensão receberam orientação em relação à prática regular de atividade física, no segundo mês 99,3% (143) as receberam e no terceiro mês da intervenção alcançamos a 100% (191) das pessoas com hipertensão orientadas quanto à importância da prática regular de atividade física e assim atingimos a meta proposta.

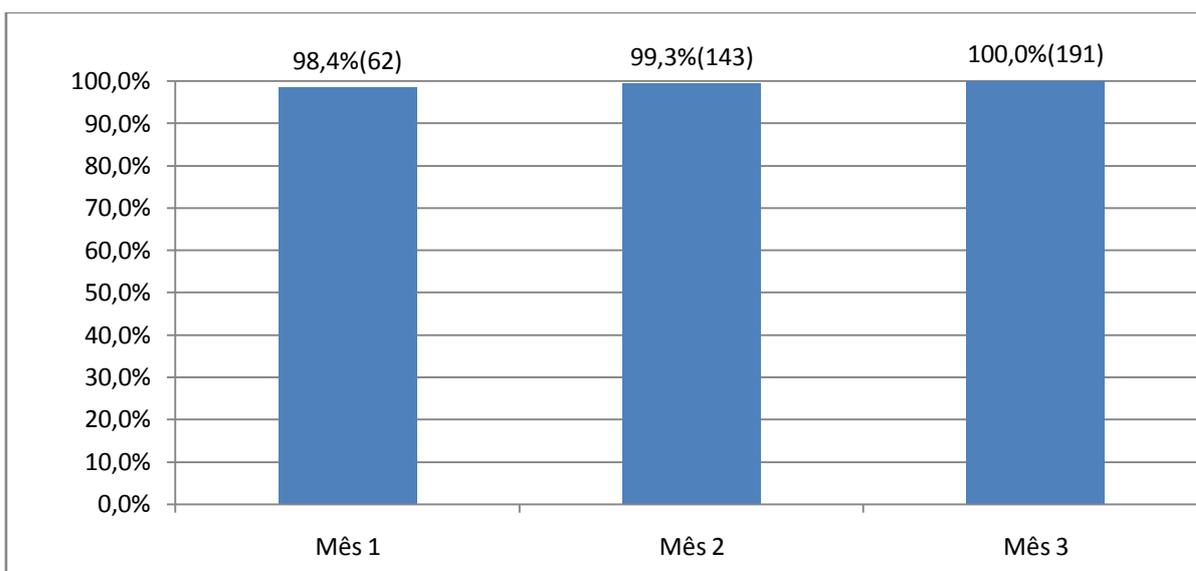


Figura 13 – Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre a prática de atividade física regular na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

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

No primeiro mês 100% (19) das pessoas com diabetes receberam orientação em relação à importância da prática regular de atividade física, no

segundo mês 100% (38) também as receberam e no terceiro mês da intervenção mantivemos a meta de 100% (47) das pessoas com diabetes orientadas adequadamente quanto à prática de atividade regular de atividade física.

Realizamos orientações sobre a prática regular de atividade física em momento de consultas individuais e por ocasião das visitas domiciliares. Além disso, oferecemos atividades de saúde coletiva sobre este tema e sua relação com o controle das doenças crônicas e a melhora da saúde cardiovascular. Tivemos como dificuldade para a realização de atividades práticas, pois não contamos com um profissional qualificado para realizar atividades em saúde coletiva, mas a equipe se preparou e as orientações foram dadas com qualidade. No caso dos usuários que apresentam boas condições de saúde e que não possuem condições de realizar atividade física orientamos a mobilização das articulações e membros por parte dos familiares para manter a mobilidade e realizar pequenas caminhadas dentro de casa com ajuda de um cuidador. Em outros casos, encaminhamos para a realização de hidroginástica.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Conforme **Figura 14**, no decorrer do primeiro mês 98,4% (62) das pessoas com hipertensão receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês 99,3% (143) as receberam e no terceiro mês da intervenção 100% (191) das pessoas com hipertensão receberam orientação sobre os riscos e malefícios do tabagismo.

Para alcançar esta meta a médica especializanda e a enfermeira em momento de consultas individuais aos usuários ofertaram orientação sobre os riscos do tabagismo. A médica especializanda realizou capacitação à equipe sobre o tratamento de usuários tabagistas e também foram abordados temas como os malefícios causados à saúde e influência sobre os níveis de pressão arterial. Usuários tabagistas identificados com alto risco cardiovascular e que já tentaram abandonar o vício sem sucesso foram encaminhados para a consulta especializada que é oferecida gratuitamente pelo SUS. As ACS no dia a dia de seu trabalho na área realizaram educação em saúde neste sentido.

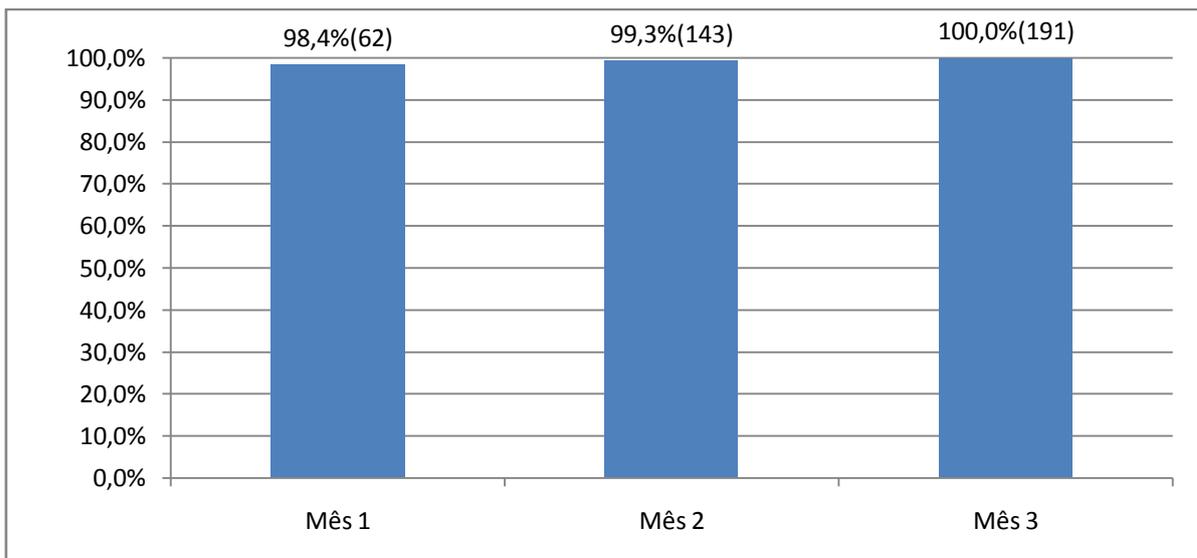


Figura 14 – Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

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

Durante o primeiro mês de intervenção 100% (19) das pessoas com diabetes foram orientados quanto aos riscos para a saúde decorrentes do tabagismo, no segundo mês também a 100% (38) das pessoas com diabetes foram alertados quanto aos riscos do tabagismo e no terceiro mês a orientação foi mantida para 100% (47) das pessoas com diabetes avaliados em consulta médica.

Também aproveitamos os espaços na unidade para divulgar em forma de cartazes sobre os danos à saúde causados pelo tabagismo. As ACS também divulgaram durante visitas domiciliares informações nesse sentido deixando claro o risco de ser fumante passivo, pois não é somente o fumante que respira as substâncias tóxicas provenientes da fumaça do cigarro, mas todas as pessoas que estão à sua volta. Válido esclarecer que nos casos de usuários não tabagistas também orientamos quanto aos riscos do tabagismo para que possam auxiliar na conscientização de familiares, amigos e/ou vizinhos evitando as complicações que este hábito pode provocar à saúde das pessoas.

Ainda não contamos na unidade com os medicamentos para o tratamento do abandono do tabagismo. Solicitamos ao gestor municipal, mas durante a intervenção não foram disponibilizados.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.7: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Como contamos com os serviços de odontologia na unidade, os profissionais desta área foram os encarregados de realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico e fornecer as orientações necessárias sobre higiene bucal aos usuários acompanhados. A odontóloga da Unidade orientou de forma individual a cada usuário durante a intervenção recomendando as medidas para conservar e recuperar a higiene bucal. A auxiliar de odontologia divulgou materiais na sala de odontologia sobre o cuidado da higiene bucal. Nas consultas, a médica especializada e a enfermeira falaram sobre a necessidade de acompanhamento pelo serviço de odontologia como parte do controle periódico.

Assim, conforme **Figura 15**, no primeiro mês da intervenção realizamos orientação sobre higiene bucal a 98,4% (62) das pessoas com hipertensão avaliadas na unidade, no segundo mês receberam esta orientação 99,3% (143) e no terceiro mês 100% (191) das pessoas avaliadas com hipertensão receberam orientações sobre higiene bucal.

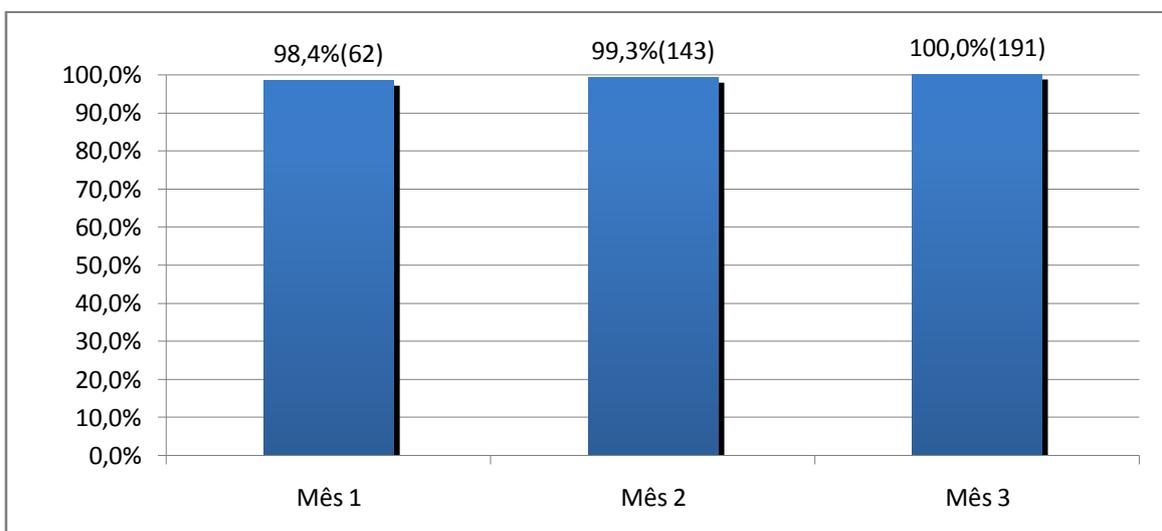


Figura 15 – Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal na ESF Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó, RN, 2015.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

A odontóloga da unidade em conjunto com a auxiliar de odontologia realizaram um trabalho individual com cada um dos usuários avaliados, garantindo que 100% dos mesmos recebessem orientações sobre como cuidar da higiene bucal e sua importância para a saúde como um todo. Os usuários que não tiveram condições de comparecer à unidade para avaliação e orientação sobre higiene bucal foram visitados pelos profissionais de odontologia e receberam o serviço no domicílio.

Assim, no primeiro mês receberam orientações sobre higiene bucal 100% (19) das pessoas com diabetes, no segundo mês alcançamos também 100% (38) das pessoas com diabetes acompanhadas pelo serviço e orientadas e no terceiro mês 100% (47) de pessoas com diabetes foram orientadas sobre a importância da higiene bucal. Cumprimos a meta estabelecida.

4.2 Discussão

A intervenção teve como objetivo melhorar a atenção à saúde da população com HAS e/ou DM pertencente à área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Jeovan José de Azevedo, no município de Caicó/RN, foi realizado durante os meses de junho a agosto de 2015. O trabalho realizado neste período trouxe benefícios para a população e para a equipe, pois o serviço ganhou em qualidade e organização. Após apresentar o resultado de cada indicador avaliado discutimos sobre os benefícios, dificuldades e formas de avançar para incorporar a intervenção à rotina do serviço e formas para manter as ações realizadas nesse período na rotina diária da Unidade de Saúde.

Uma de nossas maiores conquistas sem dúvida foi a ampliação da cobertura para esse Programa, sem deixar de cumprir com os outros. No período enfrentamos desafios com o aumento da demanda espontânea devido ao aumento de casos de Dengue, Chikungunya e Síndrome exantemática, mas com nosso trabalho em equipe conseguimos acolher a todos os usuários que

chegavam à unidade, sempre priorizando os casos mais graves e os usuários que faziam parte do grupo alvo da intervenção.

Durante a intervenção a equipe participou de capacitações tendo como referência os protocolos de atendimento para a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus. Diferentes profissionais debateram temas relacionados com essas doenças crônicas e toda a equipe ficou mais preparada para desempenhar seu papel dentro do processo de intervenção. Foram designadas as funções de cada um pelo que o trabalho da médica em consulta foi mais planejado e apoiado pelo restante dos profissionais dentro e fora da unidade.

A melhoria na qualificação dos atendimentos com a realização de um exame clínico completo e a estratificação de risco cardiovascular para todos os usuários com HAS e/ou DM cadastrados foi muito importante e marcou as pautas para um atendimento diferenciado. Com a identificação dos usuários mais propensos a sofrer complicações e morte causadas por HAS e/ou DM esperamos diminuir a mortalidade em nossa área, assim como a aparição de sequelas como as ocasionadas pelos acidentes cérebro-vasculares que são tão frequentes nestes usuários.

A melhoria dos registros e sua organização assim como a existência de um espaço definido na Unidade para os mesmos foi um passo de avanço, pois antes da intervenção a qualidade e organização dos registros era deficiente. Temos a responsabilidade de continuar fazendo o preenchimento adequado dos dados dos usuários e o controle dos registros, pois temos que manter implementado no serviço como um das metas alcançadas durante a intervenção. As demais ações programáticas foram beneficiadas também, pois com a organização do trabalho ficou melhor distribuído o tempo para as demais funções da equipe e para acolher com maior qualidade a demanda espontânea que chega a cada dia a unidade.

O cumprimento das metas de qualidade demonstrou que a população alvo teve um grande benefício com as ações desenvolvidas. A integração da equipe possibilitou a realização de atividades grupais, palestras e conversa dentro e fora da Unidade aportando conhecimentos e debatendo temas como alimentação saudável, importância da realização de atividade física regularmente, importância de uma correta higiene bucal, danos causados pelo tabagismo, entre

outros. Estas atividades foram muito bem recebidas pela comunidade e deixaram a ideia de como levar estilos de vida saudáveis. Contamos com o apoio do NASF para participar das atividades coletivas e também na avaliação de alguns usuários que precisaram.

Acredito que apesar da população ter participado da intervenção, a participação poderia ter sido mais ampla, pelo que devemos continuar incentivando a participação da população nas ações de saúde da comunidade e criar o conselho de saúde. Levar mais ações de saúde para fora do espaço da unidade também deve ser um de nossos alvos principais para o futuro, assim como cuidar que as metas alcançadas até o momento sejam mantidas. A participação de outras instâncias de saúde do município também deve ser melhorada.

Pode-se perceber a integração da equipe e a vontade da comunidade de participar das atividades pelo que acreditamos que podemos manter incorporados na rotina de trabalho as atividades desenvolvidas no decorrer destes 3 meses. Com o crescimento do grupo de pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a vinculação direta com o NASF, a melhoria na gestão para garantir a medicação e demais recursos necessários para o acompanhamento e controle adequado dos usuários com HAS e/ou DM. Estamos conscientes de que podemos aplicar essas experiências positivas na melhoria de outro dos programas desenvolvidos em nossa unidade de saúde.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestor municipal,

A intervenção para a melhoria da atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM realizada em 12 semanas, entre os meses de junho a agosto de 2015, na Unidade de ESF Jeovan Jose de Azevedo, município Caicó, Rio Grande do Norte. Entre as ações realizadas estão as capacitações dos profissionais da unidade de saúde de acordo com os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde. As capacitações foram realizadas pela médica e pela enfermeira com abordagem de temas importantes como o acolhimento aos usuários com HAS e/ou DM e dicas para adotar estilos de vida mais saudáveis com a realização de exercícios físicos e alimentação saudável. Também foram capacitadas as ACS da Unidade para a adequada verificação da pressão arterial.

As fichas-espelhos foram implantadas na unidade para cada um dos usuários com HAS e/ou DM avaliados durante a intervenção, melhorando a qualidade e organização dos registros. Os usuários com HAS e/ou DM que tiveram participação na intervenção foram avaliados de forma integral, durante consultas com a realização da estratificação de risco cardiovascular e do exame clínico completo de acordo com o protocolo. Os usuários também foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico e muitos deles já foram tratados pelos profissionais desta especialidade na Unidade.

Os usuários foram priorizados para a realização de exames, assim ao finalizamos a intervenção todos estavam com os exames em dia. Mediante comunicação direta e individual em consultas e visitas domiciliares, assim como em atividades coletivas todos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a importância da necessidade de realizar atividade física de

forma regular, assim como orientação sobre higiene bucal e os riscos e malefícios que o tabagismo causa na tentativa de fomentar estilos de vida saudáveis que ajudam no controle destas doenças crônicas e diminuem o risco de aparição de complicações.

Apesar de que em ocasiões enfrentamos falta de medicamentos disponibilizados pelo Programa na Farmácia Popular, conseguimos que a grande maioria dos usuários com HAS e/ou DM recebessem o tratamento nas farmácias populares, nos apoiando em serviços também ofertados em uma farmácia da rede privada que possui convênios com o SUS e, assim os usuários com HAS e/ou DM podem adquirir os medicamentos junto a essas farmácias de forma gratuita. Consideramos esse fato um passo de avanço para o cumprimento do tratamento medicamentoso adequadamente por parte dos usuários, pois, às vezes, não tinham como comprar os medicamentos, pelo que interrompiam o tratamento. Além disso, a impossibilidade de comprar os anti-hipertensivos trazia consigo ansiedade ao usuário, que influencia negativamente na saúde dos mesmos.

Em relação aos usuários com hipertensão começamos nosso trabalho e no primeiro mês alcançamos uma cobertura de 33%, com 63 usuários avaliados. No segundo mês chegamos a 144 usuários perfazendo 75,4% e ao longo do terceiro mês cadastramos e avaliamos um total de 191 usuários com HAS alcançado 100% do total da população estimada com HAS para a área de abrangência superando a meta proposta para a intervenção. Em relação aos usuários com diabetes, no primeiro mês avaliamos 19 usuários que receberam acompanhamento na Unidade perfazendo 40,4% do total, no segundo mês acompanhamos um total de 38 usuários com diabetes totalizando 80,9% e, no terceiro mês superamos a meta proposta alcançando a 47 usuários perfazendo 100% do total estimado para a área.

Com a realização da intervenção surgiu a criação de um grupo de atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes (conhecido com Hiperdia) em que tivemos a participação dos usuários com HAS e/ou DM convidados pelos ACS. Foram realizadas atividades coletivas com esse grupo, em algumas atividades tivemos participação ativa dos profissionais da equipe do NASF. Na sala de espera foram também realizadas atividades educativas sobre temas de interesse relacionados a estas doenças para toda a população. Temos

que destacar como um avanço, a existência do grupo do NASF atendendo nossa área de saúde, já que no início não contávamos com esse grupo de profissionais para nos apoiar diretamente no trabalho; pelo que agradecemos aos gestores.

Com a incorporação das ações planejadas e desenvolvidas durante os meses da intervenção à rotina da Unidade ganhamos em organização e tivemos a oportunidade de avaliar de forma crítica o trabalho que estava sendo realizado até o momento. Ganhamos também em relação ao estreitamento de vínculo com os gestores, pois nos apoiaram na realização da intervenção, na medida das possibilidades reais com que conta o município. A equipe recebeu capacitações que foram importantes para o trabalho realizado na unidade, realizaram palestras sobre temas de interesse para a toda comunidade. Identificamos as maiores dificuldades para que os usuários portadores de doenças crônicas como é o caso da demora no agendamento para avaliação no nível secundário por cardiologistas e outras especialidades. Esse é um ponto ainda a ser tratado e priorizado pelos gestores nos próximos trabalhos. Apesar de ter muito caminho ainda pela frente, ficamos satisfeitos pelas metas alcançadas e acreditamos que podemos obter ainda mais resultados satisfatórios e cuidar melhor da saúde de nossa população.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da ESF Jeovan José de Azevedo, Caicó/RN

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada Comunidade,

Em nossa Unidade de Saúde foi realizado uma intervenção em saúde com o objetivo de melhorar o atendimento dos usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus. Desta intervenção participaram um total de 191 pessoas com hipertensão e 47 pessoas com diabetes e este foi o número de pessoas estimadas pela Planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso. Assim, alcançamos 100% da população alvo durante os 3 meses da intervenção. Antes de realizar a intervenção a cobertura do programa era baixa, pelo que foi escolhida essa ação programática para elevar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento ao grupo alvo.

Foram muitas as atividades realizadas pela equipe no transcurso da intervenção. As reuniões com a equipe e as capacitações para a equipe realizadas permitiram organizar o trabalho e aumentar a preparação dos profissionais para desenvolver suas funções na intervenção, assim como avaliar as ações realizadas e planejar as ações futuras a serem desenvolvidas em cada semana. Foi criado o grupo de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes (conhecido na Unidade como HIPERDIA) em que um número importante de pessoas com hipertensão e/ou diabetes participaram. Contamos com a participação dos profissionais do NASF na realização de atividades coletivas de promoção e prevenção à saúde. Estes profissionais também participaram das visitas aos usuários que se encontravam entre o público alvo da intervenção e que necessitavam de avaliação por algum destes profissionais.

Alcançamos melhorias significativas quanto à cobertura do programa, pois superamos a meta inicialmente proposta para esta intervenção. Em relação a

qualidade das consultas é inegável o avanço que conseguimos ao trabalhar segundo os protocolos do Ministério da Saúde. O atendimento foi mais completo e em cada um dos usuários foi realizada estratificação de risco cardiovascular e exame físico completo, identificando os usuários de alto risco quanto a complicações trabalhando com eles de forma diferenciada. A educação em saúde também esteve muito presente durante o período da intervenção e também foram ofertadas individualmente orientações de promoção e prevenção destinadas a evitar as complicações causadas pelas doenças e de como amenizar as suas sequelas assim como foram realizadas atividades coletivas para tratar de temas de interesse dos usuários no cuidado à sua saúde.

Os registros de cada usuário foram também qualificados quanto ao preenchimento adequado com a realização da intervenção assim como houve organização do trabalho. Os agendamentos estão sendo programados com a periodicidade adequada para cada caso e atualmente todas as ações desenvolvidas ao longo dos 3 meses da intervenção estão fazendo parte da rotina de trabalho no Programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes, dando continuidade às ações iniciadas com a intervenção.

É válido destacar que foi muito importante a participação de todos os membros da equipe, oferecendo informação sobre as ações realizadas na Unidade e sobre a intervenção, realizando a busca ativa de usuários com riscos de hipertensão e/ou diabetes e na identificação de fatores de risco para estas doenças nas famílias e na comunidade, realizando consultas de qualidade, supervisionando as atividades, fazendo gestões para agilizar a realização de exames e o controle de medicamentos da farmácia popular, educando a população dentro e fora da unidade.

Os usuários e a comunidade como um todo tiveram uma participação importante. Ganham em disciplina na hora de comparecerem à consulta e a respeito do cumprimento das indicações médicas. A aceitação do público alvo foi muito boa, assim como do restante dos usuários da comunidade que entenderam a importância da intervenção e respeitavam o horário e dia marcados para consultas do Programa. Nunca deixamos de acolher usuários com necessidades de atendimento no dia, respeitando os princípios do SUS.

Assim, agradecemos pela confiança depositada na equipe e convidamos a comunidade em geral para que continue mantendo-se em acompanhamento regular para o controle da qualidade de sua saúde.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da ESF Jeovan José de Azevedo, Caicó/RN.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Refletindo sobre meu processo pessoal de aprendizagem no desenvolvimento do trabalho durante o curso posso afirmar que foi de muito valor, já que o curso de especialização exigiu-me uma maior preparação profissional. Aumentou meus conhecimentos em saúde da família e sobre a qualidade do atendimento à população e usuários na área de saúde. O trabalho de prevenção e promoção à saúde cresceu e a equipe cresceu junto bem como ficou mais unida e responsabilizada com e pelo trabalho. De forma geral posso dizer que meus conhecimentos sobre atenção básica, engajamento público e envolvimento nos diferentes níveis de gestão foram enriquecidos nesta etapa, isto favoreceu a melhoria na atenção à saúde da população pertencente à área de abrangência de minha unidade e a melhoria dos indicadores de saúde, pois chegamos a um maior número de usuários em um curto espaço de tempo.

Criamos um grupo de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes (conhecido na unidade como HIPERDIA) e realizamos encontros e atividades educativas com pessoas com hipertensão e/ou diabetes oferecendo orientações sobre temas de interesse para todos os participantes. Com a participação de minha equipe consegui desenvolver uma intervenção em saúde para um grupo populacional com doenças crônicas que podem levar ao surgimento de complicações, incapacidades e até a morte se não forem tratadas e acompanhadas adequadamente.

Minhas orientadoras e o apoio pedagógico foram muito importantes neste processo de aprendizagem e o ambiente virtual de aprendizagem também foi uma experiência que me permitiu avançar no conhecimento por meio da realização das diferentes atividades e tarefas propostas. Para mim foi uma grande experiência

formar parte deste grupo de especializandos e compartilhar vivências e aprender com meus colegas e orientadores. Destaco que também durante o curso eu consegui melhorar meu português, fato que é muito importante para a comunicação com os usuários e os colegas de trabalho.

Agradeço a este espaço de aprendizagem e a todos os profissionais envolvidos no curso, assim como à Universidade Federal de Pelotas pela oportunidade de aprofundar também meus conhecimentos sobre os princípios do SUS no Brasil. Conhecer mais sobre os princípios que regem o SUS me deixou mais preparada para cumprir com minhas funções, meus deveres e lutar pelos direitos dos usuários em parceria com os gestores do município. Agradeço também pelas atualizações recebidas durante a solução dos casos clínicos, pois eles vêm muito bem argumentados e com informação necessária para o manejo de doenças que são frequentes na rotina das consultas na unidade de saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: **hipertensão arterial e diabetes mellitus** / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 102 p.

_____. Ministério da Saúde. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde. **Rev. do Sistema Único de Saúde do Brasil**, 2006; 15(1): 47 - 65

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos**, 2002. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em: 11 jun.2006.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 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
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

