

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na ESF Boa vista do Cadeado, Boa vista do
Cadeado/RS**

Gustavo Alberto Salazar Herrera

Pelotas, 2015

Gustavo Alberto Salazar Herrera

**Melhoria da Atenção à Saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na ESF Boa vista do Cadeado, Boa vista do
Cadeado/RS**

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: Vânia Priamo

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

H565m Herrera, Gustavo Alberto Salazar

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Cadeado/RS / Gustavo Alberto Salazar Herrera; Niviane Genz, orientador(a); Vânia Priamo, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

83 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. Priamo, Vânia, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico o trabalho de intervenção comunitária a toda equipe da Estratégia de Saúde da Família de Boa Vista do Cadeado, à Secretaria de Saúde do município, à minha filha e à minha esposa que compartilharam cada dia de meu projeto.

Agradecimentos

Agradeço a toda a equipe de trabalho da Estratégia de Saúde da Família de Boa Vista do Cadeado, pois graças a eles foi possível desenvolver o trabalho durante estas 12 semanas.

À Secretaria de Saúde do município e à coordenadora da Unidade de Saúde que forneceram todo o material necessário para a realização deste projeto.

Às orientadoras que encaminharam de forma adequada as atividades e que ajudaram a alcançar todas as metas propostas.

Resumo

HERRERA, Gustavo Alberto Salazar. **Melhoria da Atenção à Saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Boa vista do Cadeado, Boa vista do Cadeado/RS**. 2015. 81f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes mellitus representam duas das principais doenças que constituem um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo também dois dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cérebro vascular e renal crônico e responsáveis pelas mortes causadas por acidentes vasculares cerebrais, doenças vasculares coronarianas e diálises. O cuidado integral a pessoas com hipertensão e/ou diabetes e suas complicações é um desafio muito importante para a equipe de saúde especialmente no sentido de ajudar a conviver com essas doenças crônicas que requerem mudança no modo e estilo de vida envolvendo também os familiares e amigos e o ambiente de trabalho. Diante disso, a equipe foi motivada a desenvolver uma intervenção em saúde na comunidade objetivando melhorar o atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes. O projeto tem como objetivo ampliar a cobertura de atendimento a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, melhorar a qualidade da atenção, melhorar o registro de informações, mapear as pessoas que apresentam risco para doenças cardiovasculares e promover a saúde às pessoas com hipertensão e/ou diabetes. As metas propostas pela equipe foram cadastrar 80% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pertencentes à área de abrangência, realizar exame clínico e complementar a 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, prescrever medicamentos fornecidos pela farmácia popular, avaliar a necessidade de atendimento odontológico em 100% das, fazer busca ativa aos faltosos às consultas, manter a ficha de acompanhamento atualizado, realizar a estratificação de risco, garantir orientação nutricional, prática de exercícios de forma regular assim como informar sobre os riscos que ocasionados pelo tabagismo e sobre a importância da manutenção da higiene bucal. Nosso trabalho foi avaliado por indicadores de cobertura e de qualidade e para a obtenção destes foram desenvolvidas ações nos eixos de monitoramento, organização e gestão do serviço, engajamento público dirigidas a orientar ou informar a comunidade e qualificação da prática clínica por meio da capacitação da equipe de saúde. O projeto de intervenção foi muito válido para organizar o trabalho da estratégia de saúde e para melhorar a qualidade de vida das que apresentam hipertensão e/ou diabetes. Diante dos resultados alcançados com a intervenção as ações desenvolvidas serão mantidas e incorporadas à rotina de serviço da unidade de saúde.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Mapa de localização do município de Boa Vista do Cadeado/RS.	11
Figura 2	Gráfico indicador da cobertura do programa de atenção à pessoa com HAS na unidade de saúde Boa Vista do Cadeado em Boa Vista do Cadeado/RS, 2015.	55
Figura 3	Gráfico indicador da cobertura do programa de atenção à pessoa com DM na unidade de saúde em Boa Vista do Cadeado/RS, 2015.	56
Figura 4	Quadro demonstrativo do antes e depois da intervenção realizada na Unidade de Saúde Boa Vista do Cadeado em Boa Vista do Cadeado/RS, 2015.	67

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Atenção Psicológica e Social
CISA	Consórcio Intermunicipal de Saúde do noroeste do estado do Rio Grande do Sul
COMAJA	Consórcio de Desenvolvimento Intermunicipal dos Municípios do Alto Jacuí/RS
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DM	DM
DST	DST
EaD	Educação à Distância
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	HAS
HPV	Vírus Papiloma Humano
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	21
2 Análise Estratégica.....	23
2.1 Justificativa	23
2.2 Objetivos e metas	24
2.2.1 Objetivo geral	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	25
2.3 Metodologia	26
2.3.1 Detalhamento das ações	27
2.3.2 Indicadores.....	38
2.3.3 Logística.....	45
2.3.4 Cronograma	48
3 Relatório da Intervenção	49
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	49
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	51
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	52
4 Avaliação da intervenção	53
4.1 Resultados	53
4.2 Discussão	62
5 Relatório da intervenção para gestores.....	65
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	70
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	73
Referências	75
Anexos	76

Apresentação

O presente trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS é requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

O volume trata sobre melhorias do Programa de atendimento às pessoas com HAS e/ou com DM na Unidade de ESF Boa Vista do Cadeado localizada no município de Boa Vista do Cadeado/RS.

O mesmo encontra-se organizado em capítulos distribuídos da seguinte maneira: no primeiro capítulo a análise situacional, no segundo a análise estratégica, no terceiro o relatório da intervenção, no quarto capítulo a avaliação da intervenção contendo a descrição dos resultados e a discussão dos mesmos, no quinto, o relatório de intervenção para os gestores, no sexto o relatório de intervenção para a comunidade e no sétimo capítulo apresentamos a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Ao final, constam as referências utilizadas para a construção do projeto e, ainda os anexos e apêndices que serviram de guia para a execução do mesmo.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade de Saúde do município de Boa Vista do Cadeado/RS é uma unidade que funciona como Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) há 10 anos. Ela possui uma equipe de saúde completa formada por dois médicos clínicos gerais, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma técnica vacinadora, um odontólogo, uma técnica de odontologia, uma técnica de esterilização, nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma higienizadora e uma recepcionista.

Trabalhamos de segunda a sexta-feira das 8h ao meio dia e das 13:30 às 17:30h perfazendo 8 horas diárias de trabalho. Há um bom planejamento das atividades em que a estratégia de trabalho é dirigida à saúde da família de forma individual e comunitária com atendimento às crianças, gestantes, aos portadores de doenças crônicas enfocando o trabalho em prevenção, promoção, diagnóstico, acompanhamento e controle das doenças crônicas e, além disso, atuamos na prevenção dos fatores de riscos na comunidade.

A ESF Boa vista do Cadeado possui uma população adstrita em torno de 2.538 usuários distribuídos em 778 famílias segundo estimativas do IBGE (2013). Dentre os usuários, 234 são pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 156 são pessoas com Diabetes mellitus (DM), 45 são crianças menores de um ano e 53 são maiores de um ano. Temos 34 gestantes que realizam o acompanhamento pré-natal no Centro da mulher com um especialista em ginecologia. Dentre as gestantes, 9 são adolescentes.

Na atenção à saúde da criança trabalhamos com imunizações, triagem neonatal, puericultura e atendimento nutricional. Na atenção à saúde da mulher

realizamos grupos de gestantes, acompanhamento pré-natal e puerperal, rastreio e coleta de exame citopatológico e planejamento familiar.

Já na saúde do homem ofertamos um atendimento diferenciado para os trabalhadores com rastreamento das principais patologias que envolvem a saúde do homem (alcoolismo, dependência de drogas, câncer de próstata e de pulmão). Na área da saúde do adolescente trabalhamos com o Programa Saúde na Escola e realizamos grupos de prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Na saúde dos idosos, o maior enfoque é dado ao Programa de atenção às pessoas com HAS e/ou DM, realizamos programas de práticas de atividades físicas e grupos de educação em saúde.

Os problemas que mais afetam a nossa comunidade são as doenças crônicas (HAS, DM, doenças pulmonares obstrutivas crônicas). Os fatores de risco mais frequentes são a hipercolesterolemia, hábito do tabagismo, dependência a drogas como psicofármacos, craque, álcool, entre outros, pois o uso abusivo ocasiona transtorno de conduta e atos de violência. Outros problemas encontrados na área são as infecções sexualmente transmissíveis associado ao baixo nível socioeconômico, maltrato e abandono das crianças, abandono dos estudos e pontos de venda de drogas.

Observa-se também muitas infecções como a escabiose, dermatite, fungos e infecções respiratórias especialmente em pessoas com baixo nível socioeconômico. Além disso, na comunidade não se encontra lugares para a recreação das crianças, não se pratica esportes e nem outras atividades que contribuem para uma vida saudável.

Nossa equipe de saúde está trabalhando para melhorar a assistência para a população. Estamos realizando visitas domiciliares, não somente a pessoas doentes, mas a toda a população com enfoque preventivo atendendo a cada pessoa como um ser biopsicossocial.

Realizamos palestras com os grupos de riscos e junto aos grupos com problemas de saúde, pois nos preocupamos, nesse momento, em elevar os conhecimentos de nossa população para um cuidado mais eficaz de sua saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Segundo dados do Plano Municipal de Saúde de Boa Vista do Cadeado 2014-2017, a cidade é um dos 18 Municípios que Compõem a Rota das Terras Encantadas. Esta Rota vem cada vez mais valorizando as potencialidades locais tanto no âmbito cultural quanto no natural, sempre na busca de atrair turistas de várias localidades do país. Conforme a **Figura 1** os municípios limítrofes de Boa Vista do Cadeado são a 20 km a Norte-Oeste de Cruz Alta além de fazer divisas com os municípios de Alto da União e Jóia.



Figura 1 – Localização do município de Boa Vista do Cadeado/RS.

Os habitantes de Boa Vista do Cadeado são chamados de cadeadenses. O município se estende por 701,1km² e, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013 havia uma estimativa de 2.522 habitantes com densidade demográfica de 3,5 habitantes por km² no território do município.

São várias as opções de turismo, conhecimento, negócios, eventos, ecoturismo, lazer, cultura e gastronomia, através dos roteiros oferecidos pelas agências de viagens e turismo. Hoje, a entidade possui 18 municípios consorciados, os quais em conjunto buscam desenvolver o turismo como atividade de desenvolvimento, valorizando as belezas culturais e naturais existentes em nossa região.

Os municípios que compõem o Consórcio Rota das Terras Encantadas são os seguintes: Alto Alegre, Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Incra, Colorado, Cruz Alta, Fortaleza dos Valos, Ibirubá, Jacuizinho, Lagoa dos Três Cantos, Quinze de Novembro, Não Me Toque, Saldanha Marinho, Santa Bárbara

do Sul, Salto do Jacuí, Selbach, Tapera, Tio Hugo e Victor Graeff. Em Boa Vista do Cadeado, as belezas naturais são um grande diferencial da região como as Cachoeiras e as Cascatas.

O processo de ocupação do Distrito de Boa Vista do Cadeado começou em 1876. E, em 1886 quando João Raimundo Silva e Cândida Prates da Silva adquiriram a sede da fazenda de Maria Tereza Barbosa de Jesus, a mesma usava um enorme e descomunal cadeado em sua porteira tornando-a a fazenda do cadeado bússola aos colonizadores de Dr. Pestana (1870) e Ijuí.

Após a morte de seu esposo Manuel Moreira de Barros um dos fundadores de Cruz Alta (1822), sua esposa vendeu a fazenda e mudou-se para Lagoa Vermelha, permanecendo uma família na fazenda do Grande Cadeado, regida pelo casal Gabrielense. O local passou a ser habitado, tornando-se povoado.

Outra parte do povoado cresceu sob uma bela colina, onde do alto, enxergava-se quilômetros de distância e a paisagem era digna de uma "Boa vista". Em 1848 faleceu João Amaro, nome de liderança que residia no povoado de Boa Vista e também João Raimundo, espécie de líder na linha Cadeado, sem realizarem seu sonho de construir uma escola aos habitantes da vila.

Somente no ano de 1920 foi fundado o povoado, onde a origem do nome se deu pela união dos povoados, sendo denominado de Boa Vista do Cadeado. A Sra. Iracema Lopes da Silva, em 1957, com a ajuda de seu genro Rosber Brandão concretizaram o sonho de construir a primeira escola estadual em zona rural, "Escola Estadual Dr. João Raymundo".

Historicamente a área territorial da cidade foi fração de terras primitivas do Brasil imperial e Distrito mais antigo das missões. Sua tradição histórica foi marcada por lutas entre colonizadores portugueses e espanhóis, na disputa pelo continente. A região dos pampas riograndenses, entre elas, o antigo território indígena aqui constituído, esteve presente em numerosos fatos e situações conflitantes entre portugueses e espanhóis, ainda antes do período colonial e, depois das frentes de expansão e missões religiosas. A despeito de ter sido um divisor de águas para as comunidades indígenas, somente o Tratado de Santo Idelfonso, efetivamente estabeleceu os limites aceitos ao de Madri, firmando com território português a região que hoje é chamada de Boa Vista do Cadeado.

A base econômica é principalmente a agricultura. Na área Urbana, há estabelecimentos que comercializam produtos, serviços e insumos agrícolas, mercados, lancherias, ferragem, lojas de roupas e calçados, serviços de borracharia, oficina mecânica e serralheria.

O município de Boa Vista do Cadeado possui uma escola da rede estadual de ensino localizada na sede do município. A rede municipal de ensino é composta por uma escola de educação infantil e uma escola de ensino fundamental localizadas também na sede e, ainda uma escola de ensino fundamental no interior do município. Para ambas as redes de ensino são fornecidas o transporte escolar.

Segundo dados do IBGE 2013, a população total do município era de 2.441 habitantes. Sendo 1.257 do gênero masculino e 1.184 do gênero feminino.

Em dezembro de 2002 foi inaugurado a nova Unidade de Saúde com mais de 300m², porém com o passar dos anos houve a necessidade de ampliação da unidade e em 2012 foram inaugurados mais 252m² viabilizando um melhor atendimento a população.

A Unidade de Saúde localiza-se na sede do município e junto a ela também contamos com uma unidade de Saúde Mental, na qual funciona o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) sendo referência para mais seis municípios da 9ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

A rede de odontologia central conta com um Odontólogo com 40 horas semanais, atendendo em torno de 14 consultas diárias e um Auxiliar de Consultório Dentário. Além das ações curativas, é desenvolvido um trabalho intensivo junto às escolas e à comunidade, para prevenção de doenças bucais, de acordo com as metas pactuadas com o Estado e o Ministério de Saúde. Quanto às próteses dentárias, são beneficiadas até cinco pessoas por mês.

A média e alta complexidade é encaminhada ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do noroeste do estado do Rio Grande do Sul (CISA) e ao Consórcio de Desenvolvimento Intermunicipal dos Municípios do Alto Jacuí/RS (COMAJA) quando esgotadas as referências do Sistema Único de Saúde (SUS). Os exames laboratoriais são coletados na Unidade de Saúde e encaminhados para o laboratório conveniado ao município, os exames de Raio-X são encaminhados

para Cruz Alta e os demais exames referenciados para outros municípios como Passo Fundo, Ijuí, Santa Maria e Porto Alegre

Os serviços hospitalares são referenciados para a rede fora do município. O Hospital São Vicente de Paula, em Cruz Alta, absorve quase que na totalidade as internações, sendo encaminhadas para outros hospitais da região menos de 1% das internações.

O serviço de saúde possui em sua equipe dois médicos Clínico Geral na Unidade de ESF com carga horária de 30 horas cada um, um médico ginecologista e obstétrico com 12 horas e um pediatra também com 12 horas, além do atendimento médico psiquiátrico disponibilizado por 12 horas no CAPS. Funciona também o serviço de enfermagem (3 enfermeiras e 6 técnicas de enfermagem), farmácia básica de dispensação de medicamentos para toda a rede de saúde contando com um farmacêutico, setor de vigilância epidemiológica com sala de vacinas, sala dos agentes de campo da dengue e controle de vetores, setor de vigilância sanitária, almoxarifado, serviço de psicologia (1 psicóloga), serviço de fisioterapia (2 fisioterapeutas). Temos também na equipe 1 fonoaudióloga, 1 educador físico, 1 nutricionista, 3 administrativos, 2 auxiliares gerais, 1 odontólogo, 2 enfermeiros especializados em saúde mental, 9 ACS com coordenação do Programa de ACS da ESF, suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 7 motoristas.

Em nosso serviço acompanhamos um total de 7 (18%) gestantes da estimativa de 38 gestantes gerada pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP) disponibilizado pelo curso apresentando um baixo índice de cobertura. Das 7 gestantes acompanhadas 100% (7) iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, estão com as consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, a todas as gestantes foram solicitados na 1º consulta os exames laboratoriais preconizados, receberam as vacinas antitetânica e Hepatite B conforme protocolo, realizaram o exame ginecológico por trimestre recomendado e foram orientadas quanto à importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. No entanto, a nenhuma foi fornecida prescrição de sulfato ferroso e também não foram avaliadas quanto à saúde bucal.

Na unidade de saúde existe protocolo de atendimento pré-natal. Neste protocolo é acompanhado o fluxo da gestante de alto risco quando encaminhada

devido a um problema de saúde para avaliação em serviço especializado. Este atendimento é registrado no prontuário e na carteira da gestante.

O indicador de cobertura da atenção ao puerpério apresenta-se zerado, pois não acompanhamos a nenhuma das 30 puérperas estimadas pelo CAP para a área de cobertura. Assim, nenhuma das puérperas realizou em nosso serviço a consulta puerperal antes dos 42 dias pós-parto, pois não há registros dessas consultas, nenhuma recebeu orientações quanto aos cuidados básicos do recém-nascido, orientações sobre aleitamento materno exclusivo e sobre planejamento familiar. Também não tiveram as mamas e o abdome examinado, nem realizaram o exame ginecológico e muito menos tiveram seu estado psíquico avaliado como também não foram avaliadas quanto à intercorrências.

A estimativa do CAP é de 30 crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade. No momento temos uma cobertura de 77% (23). Destas, 100% (23) estão com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, realizaram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, realizaram triagem auditiva e teste do pezinho, estão com as vacinas em dia, possuem monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta, receberam orientações para o aleitamento materno exclusivo e para prevenção de acidentes. Entretanto, 70% (16) estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias e 48% (11) recebeu avaliação da saúde bucal.

Temos um total de 699 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área da cobertura da Unidade de Saúde. Destas, acompanhamos 691 (99%) mulheres residentes e cadastradas. Os indicadores de qualidade apresentam-se com 573 (83%) mulheres acompanhadas com o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia e tiveram exames coletados com amostras satisfatórias; nenhuma das mulheres está com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso e também nenhuma das mulheres está com o exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado e apenas para 4 (0,6%) mulheres, nos exames coletados, estiveram presentes as células representativas da junção escamocolunar. As 691 mulheres (100%) acompanhadas possuem avaliação de risco para câncer de colo de útero, foi oferecida orientação sobre

prevenção de câncer de colo de útero e sobre doenças transmissíveis sexualmente.

Os exames citopatológicos são realizados três vezes na semana pela ginecologista em conjunto com a enfermeira. Durante o exame, se há alguma lesão no colo ou presença de algum corrimento vaginal a ginecologista prescreve o tratamento. Não temos mulheres fora da área de cobertura. Utilizamos o rastreamento oportunístico para o câncer do colo do útero. Nos últimos três anos, nossa UBS teve quatro mulheres identificadas com exame citopatológico alterado (NIC I) e realizaram cirurgia. Entre os meses de janeiro e setembro de 2014 realizamos 191 exames citopatológicos. Destas, 21 mulheres eram menores de 25 anos e 11 mulheres possuem mais de 65 anos.

Cabe ressaltar que é muito importante a realização do exame citopatológico, pois por meio dele podemos detectar precocemente o câncer de colo do útero e o podemos atacar rapidamente. Recomenda-se fortemente o rastreamento de câncer do colo do útero a todas as mulheres sexualmente ativas. Assim, realizamos ações de prevenção para o controle do câncer uterino bem como promoção da saúde e proteção específica, orientando o uso de preservativo na relação sexual para diminuir a chance de adquirir Papiloma Vírus Humano (HPV) e evitar DST.

Do total estimado de 263 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de abrangência da unidade, são acompanhadas 263 (100%) mulheres residentes e cadastradas na unidade. Todas possuem controle e registro adequado do programa, estão com mamografia em dia, nenhuma está com mamografia com mais de 3 meses em atraso; receberam avaliação de risco para câncer de mama e orientação sobre prevenção do câncer de mama.

Temos um total estimado de 567 pessoas com HAS com 20 anos ou mais estimados para a área de cobertura. Destes, acompanhamos na UBS um total de 429 (76%) pessoas com HAS residentes e cadastrados. A realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foi ofertado aos 429 (100%) usuários pessoas com HAS acompanhados. Não temos conhecimento do número de pessoas com HAS com exames complementares periódicos em dia e nem quantos estão em atraso das consultas em mais de sete dias. As 429 (100%) pessoas com HAS acompanhadas receberam orientações sobre a importância da

prática de atividade física regular e orientações nutricionais para uma alimentação saudável, mas somente 189 (44%) possuem avaliação de saúde bucal em dia.

Utilizamos os protocolos de encaminhamento para atendimento junto às especialidades, encaminhamento para internação hospitalar, para serviços de pronto-atendimento e encaminhamento para atendimento em pronto socorro. Os atendimentos dos adultos com HAS são registrados no prontuário clínico e estes são guardados em um arquivo por família e por comunidade, os prontuários das com HAS não tem um arquivo específico. Também em nossa Unidade existe o Programa de Atenção às pessoas com HAS e/ou DM do Ministério da Saúde, em que as enfermeiras são as responsáveis pelo cadastramento dos adultos no programa.

O atendimento de adultos portadores de HAS é ofertado todos os dias da semana em todos os turnos. Todas as terças-feiras à tarde realizamos palestras aos grupos portadores de HAS e DM em que são desenvolvidas ações de orientação sobre hábitos alimentares saudáveis para os portadores de HAS e/ou DM da área de cobertura, assim como também ações para o controle do peso corporal dos portadores de HAS e/ou DM, ações de estímulo a prática regular de atividade física, orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e tabagismo. Também realizamos exercícios físicos com os usuários. A equipe responsável pelas atividades é composta pelo médico clínico geral ou de família, nutricionista, fisioterapeuta, ACS, enfermeiras e técnico de enfermagem. Também realizamos avaliação e monitoramento das ações dispensadas pela equipe aos adultos com HAS, assim como também a equipe se dedica ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos adultos com HAS.

Em relação ao DM do total de 162 pessoas com DM estimadas para a área de cobertura, acompanhamos um total de 60 pessoas o que perfaz uma cobertura de 37%. A realização de estratificação de risco cardiovascular é realizada a 100% (60), mas não temos controle de pessoas com DM com consulta em atraso, desconhecemos também o número de pessoas com DM que estão com os exames complementares periódicos em dia, 23 (38%) estão com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, mas não há nenhum possui registro de realização de palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, nem de medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses. A avaliação de

saúde bucal está em dia para 26 (43%) dos acompanhados. Mas 100% (60) receberam orientação sobre a importância da prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável.

O cuidado integral com DM e suas complicações é um desafio para a equipe de saúde, especialmente no sentido de ajudar a pessoa a conviver com essa doença crônica que requer mudanças no modo de viver, envolvendo vida de seus familiares e amigos, na casa e no ambiente de trabalho. Aos poucos, essa pessoa deverá aprender a gerenciar sua vida com DM em um processo contínuo que vise qualidade de vida e autonomia. O DM é uma doença comum e de incidência crescente que aumenta com a idade; representa uma alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular (BRASIL, 2013a).

O atendimento às pessoas com DM é ofertado todos os dias da semana de segunda a sexta-feira, em todos os turnos, não existem pessoas com DM fora da área de cobertura acompanhados pela unidade. O atendimento às pessoas com DM é realizado pelo enfermeiro, médico clínico geral ou de família, nutricionista, odontólogo, psicólogo, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, farmacêutico. Também realizamos palestras todas as terças-feiras à tarde, em conjunto com os portadores de HAS nas diferentes comunidades. Estes momentos são aproveitados para ações de orientação quanto aos hábitos alimentares saudáveis, fatores de risco da doença, cuidados que as pessoas diabéticas devem ter para evitar complicações, assim como incentivamos a realização de atividades físicas. Após a consulta, a pessoa com DM sai da Unidade com a próxima consulta programada.

São desenvolvidas também ações quanto ao cuidado para os portadores de DM como diagnóstico e tratamento de problemas em geral; problemas de saúde bucal; problemas de saúde mental; diagnóstico e tratamento do alcoolismo, de obesidade, do sedentarismo, do tabagismo. Também utilizamos protocolos para encaminhamentos como, por exemplo, para atendimento em especialidades; internação hospitalar; serviços de pronto-atendimento e de pronto socorro.

Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, que são guardados em um arquivo separado por família e por comunidade, mas não

possuímos um arquivo específico para os DM. A equipe de saúde realiza atividades de grupos com pessoas portadoras de DM as quais são realizadas na associação de bairro/comunitária. A enfermeira e o médico de família ou clínico geral são os responsáveis pelo planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas às pessoas com DM, quinzenalmente. Estas ações são realizadas pela enfermeira, médico clínico geral ou de família, nutricionista, fisioterapeuta.

Orientamos às pessoas com HAS e/ou com DM quanto à importância de assistir a todas as consultas programadas; da realização de exames periódicos; sobre prática de atividade física regular; orientação nutricional, assim como também ofertamos orientações educativas acerca das patologias referidas e seus fatores de risco, sobre a importância do uso regular e forma continuada do tratamento a fim de evitar descompensações e/ou complicações.

Ainda, acompanhamos 345 pessoas com 60 anos ou mais perfazendo 100% da estimativa apresentada pelo CAP. Dentre os acompanhados, 223 (65%) possuem HAS e 45 (13%) são portadores de DM. Do total de idosos acompanhados, 100% (345) possuem cadernetas de saúde da pessoa idosa e estão com o acompanhamento em dia, mas nenhum deles possui Avaliação Multidimensional rápida. Entretanto, 100% (345) possuem avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e sobre a importância da realização de atividade física regular. E, quanto à avaliação de saúde bucal, 30% (103) estão em dia com essa avaliação.

O atendimento aos idosos é ofertado todos os dias da semana, em todos os turnos porque não há um dia específico para atendimento aos idosos, assim como também não existe demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos, não existem idosos fora da área de cobertura que buscam atendimento em nosso serviço. Do atendimento aos idosos em nossa Unidade participam o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o técnico de saúde bucal, o médico clínico geral ou de família, a médica ginecologista, a psiquiatra, o psicólogo, a nutricionista, a fisioterapeuta, a assistência social e o odontólogo.

O idoso após a consulta já sai da Unidade com a próxima consulta programada agendada, mas isto não é cumprido integralmente por parte deles, pois sempre comparecem na unidade para consulta por diferentes problemas de

saúde. Também existe protocolo de atendimento para os idosos, o mesmo foi produzido pelo Ministério de Saúde com revisão pela Secretária Estadual de Saúde e Equipe de Saúde da Unidade.

Quanto às ações no cuidado aos idosos dispensamos imunizações, promoção da atividade física, orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, de saúde bucal, de saúde mental; diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral e de problemas de saúde bucal; diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo.

Utilizamos protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde como encaminhamento para atendimento nas especialidades; para internação hospitalar; para serviços de pronto atendimento; para atendimento em pronto socorro. Os atendimentos aos idosos são registrados no prontuário clínico. Não existe um arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos, mas existe um livro de registro dos atendimentos realizados aos idosos. Também realizamos visitas domiciliares aos idosos principalmente àqueles que apresentam alguma dificuldade que os impedem de assistir a consulta na unidade. Este livro de registro é revisado quinzenalmente em que a enfermeira e o médico geral ou de família são os responsáveis.

Durante a consulta ou em visita domiciliar explicamos ao idoso e/ou aos seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência entre os idosos, tais como a HAS, DM e Depressão. Utilizamos e distribuímos aos idosos a caderneta de saúde da pessoa idosa.

A equipe de saúde da Unidade realiza atividades com grupos de idosos na associação de bairro/comunitária às terças-feiras tarde com participação do educador físico, do enfermeiro, do médico geral ou de família, da nutricionista, do técnico de enfermagem, dos ACS, da fisioterapeuta. Aproveitamos estes encontros para palestras, atividades e preenchimento da caderneta.

Há no serviço um levantamento do número de idosos moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar. Este monitoramento é realizado pelo assistente social, pelo enfermeiro, pelo psicólogo, pela nutricionista. Realizamos planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos e estas são de responsabilidade do enfermeiro, do médico geral ou de família, da nutricionista e da fisioterapeuta.

Em nosso serviço 100% dos idosos recebem orientações quanto à importância de realizar atividades físicas, manter uma alimentação saudável, mas ainda não conseguimos prestar cuidado de saúde bucal a 100% deles. Tampouco não conseguimos cumprir que fosse realizado o acompanhamento de três em três meses conforme recomendado pelo protocolo.

A atenção à saúde bucal é muito importante porque através dela podemos conhecer se o usuário possui alguma alteração em sua mucosa oral, nos permite o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção para evitar algumas doenças bucais especialmente a detecção precoce de câncer bucal. A prevenção é iniciada evitando causas diretas como fumo, bebidas alcoólicas e exposição solar.

A primeira consulta odontológica obedece ao princípio da livre procura para todos os grupos, mas existe uma facilidade maior para as gestantes pelo fato de realizarem o pré-natal na Unidade. Dessa forma, é possível convidá-las a comparecerem à consulta odontológica. Com os idosos é ofertado o atendimento durante os encontros dos grupos do Programa de Atenção às pessoas com HAS e/ou DM, mas mesmo assim não estamos conseguindo ofertar o cuidado de saúde bucal a 100% dos idosos. Já com os pré-escolares e escolares a avaliação é realizada durante as visitas de rotina nas escolas e enviamos um recado para os pais para que procurem levar o filho ao serviço odontológico. Contamos com o auxílio da unidade móvel em que realizamos atendimento nestes momentos.

Os atendimentos odontológicos são agendados de segunda a sexta-feira, manhã e tarde, mas também atendemos urgências. Os atendimentos sem horário marcado são principalmente por motivo de dor. Também, nossa Unidade utiliza o protocolo em caso de presença de alguma doença bucomaxilar sendo a odontóloga a responsável por encaminhar para uma clínica especializada de odontologia o usuário avaliado.

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

No início do processo de intervenção tínhamos cadastro de 100% das do Programa de Atenção às pessoas com HAS e/ou DM, mas faltava qualidade nos atendimentos prestados a estes usuários já que muitos procuravam somente

atendimento para renovação de receitas e verificação de pressão e realização do hemoglicoteste, não havia um trabalho de promoção à saúde nem avaliação de avaliação de riscos, odontológica e/ou nutricional.

Assim, verificamos após a análise situacional a necessidade de um processo de intervenção para aumentar a qualidade dos registros, oferecer atendimento odontológico e nutricional de forma regular, consultas conforme recomendado pelo protocolo de atendimento do Ministério da Saúde, avaliação de risco aos usuários bem como constatamos a necessidade de trabalhar ações voltadas para a promoção à saúde.

Verificamos também que é importante aumentar o número de palestras ofertadas pela equipe bem como providenciar a capacitação da equipe para manter o acompanhamento aos usuários que freqüentam o serviço de saúde. Além disso, percebe-se que ações envolvendo profissionais nutricionista, educador físico, psicólogo, fisioterapeuta, médicos, odontólogo, equipe de enfermagem e ACS podem melhorar os hábitos alimentares, estimular a prática de atividade física, diminuir os fatores de risco, complicações e alertar para os sinais de danos a órgãos alvos bem como aumentar o conhecimento da comunidade em geral quanto às diversas patologias e estimular o auto cuidado.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e o DM são importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo assim dois dos mais importantes fatores de riscos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cérebro vasculares e renais crônicas. Também são as responsáveis pelos acidentes vasculares cerebrais, pelas doenças arteriais coronarianas e pela necessidade de diálise. As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade no mundo. Não há uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de risco que aumenta a probabilidade de ocorrência (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013a).

O cuidado integral com o DM e suas complicações é um desafio para a equipe de saúde especialmente no sentido de ajudar para que o usuário possa conviver com essa doença crônica de maneira adequada, pois a mesma requer mudanças no modo e estilo de vida envolvendo também familiares e amigos, mudanças na casa e no ambiente de trabalho e, aos poucos, a pessoa deverá aprender a gerenciar sua vida com DM como um processo contínuo visando qualidade de vida e autonomia.

A Unidade Boa Vista do Cadeado está localizada na área urbana do município de Boa Vista do Cadeado/RS e também atende a comunidade da zona rural. A população do município é de 2.538 habitantes sendo este também o número de usuários que pertencem à área de cobertura da unidade. A mesma possui sala de recepção, de vacina, de triagem, de curativos, de observação, de esterilização, de fisioterapia, de odontologia, de assistência social, de atendimento ginecológico, pediátrico, de avaliação clínica geral ou de família, de saúde mental, de recursos humanos e administração, farmácia, cozinha, lavanderia.

A equipe de saúde está constituída por nove ACS, sete motoristas, seis técnicos de enfermagem, três enfermeiras, um educador físico, dois fisioterapeutas, um farmacêutico, um assistente social, uma técnica odontológica, um psicólogo, um odontólogo, um técnico de saúde mental, uma recepcionista, uma nutricionista, dois médicos gerais ou de família, um pediatra e uma ginecologista.

Na Unidade acompanhamos 429 pessoas com HAS e 60 pessoas com DM os quais moram na área de cobertura e são atendidos no serviço de forma regular. A Unidade oferece atendimento de boa qualidade, realizamos atividades de grupo todas as terça-feiras em diferentes comunidades com a população alvo. Nestes encontros são ofertadas orientações quanto à importância de hábitos alimentares saudáveis, ações para o controle do peso corporal, ações de estímulo á prática regular da atividade física, ações que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo, assim como também são oferecidas atividades de saúde mental e saúde bucal e realizamos exercícios físicos. A avaliação, monitoramento, planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas às pessoas com HAS e/ou com DM são coordenados pela equipe de saúde da unidade.

A equipe tem como objetivo cadastrar 80% das pessoas com HAS e/ou com DM e garantir que 100% de pessoas com HAS e/ou com DM realizem exames complementares em dia, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, melhoria do registro das informações mediante a criação de um registro específico para o acompanhamento das pessoas com HAS e/ou com DM . Além disso, devemos trabalhar quanto à orientação em relação à prática regular de atividade física e manutenção de uma alimentação saudável.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM da ESF Boa Vista do Cadeado no município de Boa Vista do Cadeado, Rio Grande do Sul.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura a pessoas com HAS e/ou DM.

Meta 1.1: Cadastrar 80% das pessoas com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e ao DM da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos DM da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e ao DM da unidade de saúde.

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com HAS e/ou DM.

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

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

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

Meta 2.4: Garantir a 100% dos DM 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% das pessoas com HAS cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de pessoas com HAS e/ou DM ao programa.

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

Meta 3.2: Buscar 100% dos DM 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% das pessoas com HAS cadastrados na unidade de saúde.

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

Objetivo 5 – Mapear pessoas com HAS e DM de risco para doença cardiovascular.

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

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

Objetivo 6 – Promover a saúde de pessoas com HAS e DM.

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

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

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

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

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

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das DM.

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

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das DM.

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 Boa Vista do Cadeado do Município de Boa Vista do Cadeado no Rio Grande do Sul. 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 as 386 pessoas estimadas com HAS e as 95 pessoas estimadas com DM pertencentes à área de cobertura da unidade segundo a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso, pois consideramos que estes dados aproximam-se da nossa realidade.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura a pessoas com HAS e/ou DM.

Meta 1.1 e 1.2 – Cadastrar 80% das pessoas com HAS e/ou DM da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e ao DM da unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de pessoas com HAS e/ou DM cadastrados no Programa de Atenção à HAS e ao DM da unidade de saúde

Detalhamento: A realização do monitoramento das cadastrados no programa de HAS e/ou DM será realizada por toda a equipe avaliando semanalmente as ficha-espelho das que compareceram à unidade com participação especial das ACS, responsáveis pela atualização do cadastramento destes usuários.

Organização e gestão do serviço: Garantir o registro das pessoas com HAS e/ou DM 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 (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Esta ação será desenvolvida pelas enfermeiras da estratégia. O usuário ao chegar à unidade será acolhido e em seguida será realizada a verificação da pressão , peso, circunferência do abdome e

hemoglicoteste aos usuários DM sob responsabilidade da técnica de enfermagem.

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

Detalhamento: Esta ação será desenvolvida pela equipe em que o médico será o encarregado de realizar palestras sob a temática ofertando conhecimento a todos os usuários em relação a sua doença e como conviver com ela. Estas ações compreenderão promoção de hábitos de higiene e alimentação saudável com informações sobre os fatores de risco responsáveis pelas doenças ou que podem levar ao descontrole das mesmas.

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

Detalhamento: Será realizada a capacitação a toda a equipe de saúde pelo médico e pela enfermeira. O primeiro orientará a equipe de como o trabalho será desenvolvido bem como sobre a periodicidade das consultas à população alvo da intervenção. A enfermeira capacitará a equipe de técnicos em enfermagem quanto à técnica de verificação de pressão e realização do Hemoglicoteste em pessoas com DM .

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com HAS e/ou DM.

Meta 2.1 e 2.1 – Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com HAS e/ou DM.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com HAS e/ou DM.

Detalhamento: O monitoramento e avaliação em relação ao exame clínico será realizado pelo médico especializando utilizando o protocolo de atendimento de usuários já acompanhados pelo Programa de Atenção às pessoas com HAS e/ou DM.

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

Detalhamento: O exame clínico será realizado pela enfermeira no momento do acolhimento ao usuário, a técnica de enfermagem avaliará o usuário no momento das mensurações e o médico especializando complementar a avaliação clínica no momento da consulta e a odontóloga da unidade será encarregada pela avaliação odontológica.

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

Detalhamento: A orientação aos usuários e comunidade em geral será realizada no momento das consultas e em palestras que serão realizadas durante a intervenção. Os responsáveis serão os médicos e as enfermeiras da Unidade de Estratégia de Saúde da Família.

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

Detalhamento: A capacitação da equipe será realizada em reuniões de equipe semanalmente. O encarregado será médico especializando e a enfermeira da equipe.

Meta 2.3 e 2.4 – Garantir a 100% das pessoas com HAS e/ou DM a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de pessoas com HAS e/ou DM com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado

na unidade de saúde e monitorar o número de pessoas com HAS e/ou DM com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: O monitoramento dos exames será realizado pelo médico especializando. Será organizado junto ao pessoal do laboratório um esquema para a tomada de amostras para a realização de exames laboratoriais uma vez na semana garantindo realização e avaliação dos mesmos.

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: Para agilizar a realização dos exames manteremos contato com o gestor do município a fim de garantir o apoio do pessoal do laboratório para a realização dos exames com frequência semanal.

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

Detalhamento: Os usuários serão orientados pelo médico especializando sobre a importância da realização dos exames laboratoriais para acompanhamento da qualidade da saúde e avaliação de riscos.

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

Detalhamento: A equipe será capacitada por meio do protocolo de atendimento para pessoas com HAS e/ou DM do Ministério da Saúde bem como serão apresentadas e discutidas as ações para o cumprimento do protocolo de atendimento à população alvo da intervenção. A enfermeira coordenadora da Unidade de Saúde será a responsável pela ação.

Meta 2.5 e 2.6 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com HAS e/ou DM cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Primeiramente será realizada uma avaliação dos medicamentos utilizados pelos usuários, contabilizado a quantidade de medicamento necessário por mês. A farmacêutica da unidade será responsável pela solicitação dos medicamentos junto ao gestor do município.

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

Detalhamento: O controle de estoque de medicamentos, validade dos mesmos e manutenção dos registros adequados das necessidades dos medicamentos será responsabilidade da farmacêutica da unidade.

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

Detalhamento: Orientaremos a todos os usuários quanto ao direito de terem acesso aos medicamentos. Esta ação será de responsabilidade de toda a equipe de saúde da unidade.

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

Detalhamento: Buscaremos junto ao gestor municipal qualificação da prática clínica para a toda a equipe por meio de capacitações sobre a ação programática proposta.

Meta 2.7 e 2.8 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com HAS e/ou DM.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar os pessoas com HAS e/ou DM que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pelo médico especializando junto à odontóloga da unidade por meio da ficha-espelho do usuário.

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

Detalhamento: O monitoramento será realizado pelo médico especializando na rotina de trabalho que após a avaliação médica encaminhará o usuário para avaliação odontológica no mesmo dia.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com HAS e/ou DM.

Detalhamento: Junto à odontóloga da unidade de saúde realizaremos com uma frequência semanal palestras para a comunidade além de oferecer orientações individuais por ocasião das consultas.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS e/ou dos DM.

Detalhamento: A equipe será capacitada pelo odontólogo a cada quinze dias em momento de reuniões da equipe.

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de pessoas com HAS e/ou DM ao programa

Meta 3.1 e 3.2 – Buscar 100% das pessoas com HAS e/ou DM faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações por eixo:

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

Detalhamento: O cumprimento da periodicidade das consultas será avaliada e monitorada pela enfermeira, médico especializando e secretária que será a encarregada pelo agendamento das consultas. Esta ação também deverá ser acompanhada pelas ACS que serão as responsáveis pela busca ativa das.

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

Detalhamento: As visitas domiciliares serão organizadas para serem realizadas de forma semanal em conjunto com os ACS, enfermeiras e médicos da unidade de saúde.

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

Detalhamento: A comunidade será informada pela equipe de saúde por meio das ACS, médico especializando e enfermeiras da Unidade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com HAS e/ou DM quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Os ACS serão capacitados pela enfermeira coordenadora da Estratégia de Saúde da Família para que possam orientar a todos os usuários pessoas com HAS e/ou DM quanto à periodicidade recomendada das consultas.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 e 4.2 – Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com HAS e/ou DM cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com HAS e/ou DM acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: O monitoramento da qualidade dos registros será realizado pelo médico especializando e pela enfermeira com revisão quinzenal dos mesmos.

Organização e gestão do serviço: Manter as informações do SIAB atualizadas; implantar a ficha de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir responsável pelo monitoramento dos registros e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: A atualização das informações no SIAB será de responsabilidade da coordenadora da Estratégia, a organização dos registros será

de responsabilidade dos demais membros da equipe, assim com a atualização do prontuário eletrônico.

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

Detalhamento: A orientação aos usuários quanto à manutenção dos registros e acesso a segunda via será realizada pela enfermeira da Estratégia de Saúde.

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

Detalhamento: A capacitação da equipe para preenchimento dos arquivos necessários será realizada pela enfermeira coordenadora da Estratégia de Saúde da Família.

Objetivo 5 – Mapear pessoas com HAS e DM de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1 e 5.2 – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com HAS e/ou DM cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

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

Detalhamento: O monitoramento da estratificação de risco será realizado pelo médico especializando em que avaliará o acompanhamento das em consulta por meio da ficha-espelho e dos arquivos do Programa de Atenção às pessoas com HAS e/ou DM.

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

Detalhamento: A priorização do atendimento será avaliado em conjunto com ACS, médico especializando, enfermeira e a secretária da unidade de Estratégia de Saúde da Família será a responsável pelo monitoramento do agendamento.

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

Detalhamento: O cronograma de consultas para o acompanhamento das será discutido com a equipe pelo médico especializando, tendo em conta que a programação será organizada conforme orientação do protocolo de atendimento, programada pelo médico, cumprido pela Secretária e acompanhada pelas ACS em visitas aos usuários.

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

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

Objetivo 6 – Promover a saúde de pessoas com HAS e DM

Meta 6.1 e 6.1 – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com HAS e/ou dos DM.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional às pessoas com HAS e/ou aos DM.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela enfermeira coordenadora da Estratégia de Saúde.

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

Detalhamento: Será mantido contato com a nutricionista da unidade para que auxilie no desenvolvimento desta ação em parceria com a equipe de saúde.

Engajamento Público: Orientar pessoas com HAS e/ou DM e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Serão organizados momentos de palestras quinzenalmente com a profissional nutricionista para orientação aos usuários pessoas com HAS e/ou DM bem como organizada junto a ela uma agenda para atendimento individual.

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

Detalhamento: A profissional nutricionista será convidada a capacitar os demais membros da equipe para que todos possam fornecer orientações adequadas quanto a alimentação saudável.

Meta 6.3 e 6.4 – Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com HAS e/ou DM.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com HAS e/ou DM.

Detalhamento: O monitoramento desta ação será realizada pela enfermeira coordenadora da Estratégia de Saúde por meio da revisão das fichas-espelho.

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

Detalhamento: Entraremos em contato com o gestor do município para organizarmos práticas coletivas de orientação de atividade física e convidaremos o educador físico da unidade para que nos auxilie em ações educativas.

Engajamento Público: Orientar pessoas com HAS e/ou DM e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Os profissionais reabilitador físico e professor de educação física serão convidados a participar das ações propostas pela intervenção para orientar de forma adequada a todos os pessoas com HAS e/ou DM acompanhados pelo serviço.

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

Detalhamento: Para capacitar a equipe em relação à prática de exercícios físicos para os usuários pessoas com HAS e/ou DM convidaremos o professor de educação física e o reabilitador físico da equipe do NASF.

Meta 6.5 e 6.6 – Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com HAS e/ou DM.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com HAS e/ou DM.

Detalhamento: O médico especializando orientará sobre os riscos ocasionados pelo tabagismo e sobre maiores riscos para doenças cardiovasculares em pessoas com HAS e/ou DM.

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

Detalhamento: Será solicitado junto ao gestor o fornecimento de medicamentos para combater o tabagismo em usuários pessoas com HAS e/ou DM com o objetivo de abandonar o vício diminuindo os riscos para a saúde.

Engajamento Público: Orientar as pessoas com HAS e/ou DM tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Todos os usuários serão orientados por meio de palestras realizadas pelo médico especializando em conjunto com a equipe do NASF.

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

Detalhamento: A qualificação da equipe para o tratamento de usuários tabagista será realizado em parceria com o grupo do NASF em que atua uma equipe multidisciplinar formada por psicólogo, reabilitadores, farmacêutico que orientarão a equipe de como realizar o manejo das tabagistas.

Meta 6.7 e 6.8 – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com HAS e/ou DM.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com HAS e/ou DM.

Detalhamento: O médico especializando será o responsável pelo monitoramento junto ao odontólogo quanto à orientação sobre higiene bucal para os usuários pessoas com HAS e/ou DM por meio da revisão da ficha-espelho das.

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

Detalhamento: Organizaremos um dia específico para a realização das consultas, agendando os usuários garantindo que o tempo de consulta seja suficiente para fazer avaliação integral dos mesmos. A organização da agenda será de responsabilidade da secretária da Unidade em conjunto com a enfermeira e o médico especializando.

Engajamento Público: Orientar os pessoas com HAS e/ou DM e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: A orientação das e familiares será realizada pelo odontólogo junto ao momento da realização das consultas e por meio de palestras.

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

Detalhamento: O odontólogo da unidade será convidado a capacitar os demais membros da equipe para que todos possam oferecer orientações adequadas às pessoas com HAS e/ou com DM quanto à higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura a pessoas com HAS e/ou DM.

Meta 1.1: Cadastrar 80% das pessoas com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

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

Numerador: Número de pessoas com HAS residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de pessoas com HAS residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% das pessoas com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção às pessoas com DM na unidade de saúde.

Numerador: Número de pessoas com DM residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de pessoas com DM residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com HAS e/ou DM.

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

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

Numerador: Número de pessoas com HAS com exame clínico apropriado

Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de pessoas com DM com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com DM cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número total de pessoas com HAS com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número total de pessoas com DM com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de pessoas com DM cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de pessoas com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Denominador: Número de pessoas com HAS e DM com prescrição de medicamentos.

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

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

Numerador: Número de pessoas com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Denominador: Número de pessoas com DM com prescrição de medicamentos.

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

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

Numerador: Número de pessoas com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com HAS 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% das pessoas com DM.

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

Numerador: Número de pessoas com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de pessoas com HAS e/ou DM ao programa.

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

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

Numerador: Número de pessoas com HAS faltosas às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas na unidade de saúde faltosas às consultas.

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com DM cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

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

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

Numerador: Número de pessoas com HAS cadastradas na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com DM cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5 – Mapear pessoas com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular.

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

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

Numerador: Número de pessoas com HAS cadastradas na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas na unidade de saúde.

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

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

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

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

Objetivo 6 – Promover a saúde de pessoas com HAS e DM.

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

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

Numerador: Número de pessoas com HAS que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de pessoas com HAS cadastradas na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de pessoas com DM que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de pessoas com DM cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de pessoas com HAS que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com HAS cadastradas na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de pessoas com DM que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com DM cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de pessoas com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Denominador: Número de pessoas com HAS cadastradas na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das DM.

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

Numerador: Número de pessoas com DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Denominador: Número de pessoas com DM cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de pessoas com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com HAS cadastradas na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das DM.

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

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

Denominador: Número de DM cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Adotaremos o Manual de HAS e DM do Ministério de Saúde do ano de 2013 para qualificar o Programa de atenção à saúde da pessoa com HAS e/ou com DM em nossa Unidade de Saúde. Utilizaremos a ficha-espelho (Anexo C) que será disponibilizada pelo curso de especialização em Saúde da Família e a ficha do Programa de Atenção às pessoas com HAS e/ou DM já existente no serviço para monitoramento e acompanhamento das pessoas com HAS e/ou com DM pertencentes à unidade de saúde.

Estimamos alcançar com a intervenção a 80% das pessoas com HAS e/ou com DM. Faremos contato com o gestor municipal para disponibilizar a impressão das fichas-espelho necessárias para o monitoramento. Os dados coletados serão lançados semanalmente em uma planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo B) que também será disponibilizada pelo curso.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará os prontuários já existentes na unidade identificando todos os usuários com HAS e/ou com DM. Dados do prontuário deverão, por ocasião da revisão, ser lançados

na ficha-espelho das anotando os que estão com as consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso para busca imediata pelos ACS.

A análise situacional realizada bem como a definição do foco para a intervenção foram discutidos previamente com a equipe da Unidade. Assim sendo, iniciaremos o processo da intervenção com a capacitação sobre o Manual de HAS e DM para que toda a equipe utilize esta referência na atenção à população alvo. Esta capacitação deverá ocorrer nas dependências da própria Unidade durante as reuniões semanais da equipe. O médico especializando será o responsável pela capacitação dos demais membros da equipe.

O acolhimento às pessoas com HAS e/ou DM que buscarem o serviço será realizado pela equipe de enfermagem da unidade e todos os usuários que comparecerem à unidade com pressão e/ou com glicose alterada serão atendidos no momento da busca garantindo o cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Da mesma forma serão atendidos imediatamente os usuários com problemas agudos ou que estiverem descompensados para diminuir os riscos à sua saúde. Os demais usuários serão agendados conforme prioridade para garantir a organização do atendimento e todos os usuários avaliados em consulta sairão da Unidade com a próxima consulta agendada.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas não há necessidade de alterar a organização da agenda, pois estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os usuários provenientes da busca ativa serão reservadas 5 consultas por semana.

Realizaremos o exame clínico, estratificação do risco cardiovascular e a revisão dos exames complementares segundo protocolo bem como avaliação da necessidade de atendimento odontológico em todas as consultas.

Manteremos contato com associação de moradores e representantes da comunidade da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização da intervenção em saúde para qualificar a atenção à saúde da pessoa com HAS e/ou com DM solicitando apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação das ainda não cadastrados além de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento a este grupo populacional.

Ofereceremos ações de educação em saúde à população por meio de palestras em encontros com o grupo de pessoas com HAS e/ou DM nos dias já habituais, realizaremos encontros na comunidade e manteremos a realização de visitas domiciliares com o apoio das ACS. Informaremos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e ao DM desenvolvido na unidade de saúde e ofereceremos orientação nutricional sobre alimentação saudável com apoio da nutricionista, orientação sobre a prática regular de atividade física pela Fisioterapeuta e pelo educador físico assim como forneceremos orientações sobre os riscos do tabagismo com o apoio da equipe de enfermagem e do NASF e convidaremos o odontólogo para oferecer orientações sobre higiene bucal.

Semanalmente, o médico especializando e a enfermeira responsável pela unidade examinarão as fichas-espelho das pessoas com HAS e/ou DM identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos e/ou laboratoriais em atraso. Os ACS serão os responsáveis pela busca ativa dos faltosos ou em atraso e já os agendarão para um horário de sua disponibilidade no momento da visita. Estima-se avaliar 23 usuários pessoas com HAS e/ou DM por semana totalizando 92 por mês.

A intervenção será realizada com a aprovação do Comitê de Ética conforme parecer disponibilizado pelo curso (Anexo A) e para a apresentação das fotografias apresentadas no trabalho será solicitada a assinatura do Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias (Anexo D).

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Ao longo de 12 semanas realizamos uma intervenção em saúde na comunidade com foco direcionado à população com HAS e/ou DM pertencente à Unidade de Estratégia de Saúde da Família Boa Vista do Cadeado do Município de Boa Vista do Cadeado/RS. As ações desenvolvidas alcançaram os objetivos propostos para a intervenção.

Destacamos que as atividades de intervenção haviam sido programadas para serem desenvolvidas em 16 semanas. No entanto, foi necessário reduzir o período para 12 semanas. Esta redução foi devida ao período de férias do especializando durante a intervenção a fim de ajustar as defesas dos trabalhos de conclusão do curso ao calendário estabelecido pela Universidade Federal de Pelotas/RS, sem prejuízo das ações realizadas para a população.

Uma das ações desenvolvidas previstas no projeto garantiu o registro/cadastramento de todos os usuários pertencentes à área de abrangência da unidade. Para isso, foi necessário organizar os arquivos de pessoas com HAS e/ou de DM e dar início ao processo de cadastramento dos usuários e para isso contamos com a ajuda dos ACS. Além disso, foi realizado o monitoramento das ações pelas enfermeiras e pelo médico especializando. O cadastramento foi realizado em duas semanas e, após finalização do mesmo, iniciamos as demais ações propostas no projeto.

Para o desenvolvimento da intervenção foi necessário garantir o material adequado para a medida de tensão arterial, tanto para controle em usuários pessoas com HAS e/ou DM bem como para o trabalho de pesquisa na comunidade na identificação de casos novos. Além de aparelhos para verificar pressão também foi providenciado material para a medida da cintura, peso, altura

e para fazer o hemoglicoteste em pessoas com DM e para pesquisas em usuários com fatores de riscos para a doença e também realizamos avaliação nutricional. Para garantir estes materiais foi mantido contato com a Secretaria de Saúde e realizado a solicitação do todo material necessário junto ao gestor municipal, o qual nos foi entregue prontamente.

Também informamos a comunidade sobre a intervenção que seria realizada no serviço, sobre a importância de verificar a tensão periodicamente, fatores de riscos para estas patologias, a importância do rastreamento da HAS e do DM, as modificações do estilo de vida e da alimentação necessárias para prevenir estas doenças e a importância do controle das mesmas em portadores pessoas com HAS e/ou DM a fim de prevenir outras complicações. Para cumprimento destas ações a equipe promoveu palestras que foram desenvolvidas por microáreas com o objetivo de fornecer orientações a 100% das pessoas com HAS e DM pertencentes à área de abrangência da unidade, aproveitando também o momento para a avaliação de risco destes usuários.

Para cumprir com estas ações foi necessário capacitar toda a equipe de saúde para o cadastramento dos usuários, verificação da tensão arterial e Hemoglicoteste em pessoas com DM e em pessoas com fatores de risco para DM. Esta capacitação, no primeiro momento, foi realizada em momentos de reuniões da equipe durante as duas primeiras semanas. Nas demais reuniões, semanalmente, realizou-se a avaliação do desenvolvimento do projeto de intervenção além de planejamento de novas ações quando necessário para resolver os problemas que se apresentavam com o transcorrer das atividades.

Dentre outras ações desenvolvidas destaca-se a disponibilidade de medicamentos fornecidos pela farmácia popular a todos os usuários cadastrados no programa. Realizamos o controle de estoque de medicamentos mantendo uma lista atualizada das necessidades de medicamentos das com HAS e/ou com DM.

As consultas foram realizadas por agendamento semanal seguindo a periodicidade estabelecida no protocolo adotado. Estas consultas foram realizadas todas as quintas-feiras pela manhã. Durante as mesmas, foi realizada a estratificação de risco cardiovascular das e oferecemos orientação nutricional bem como orientamos sobre a prática de exercício físico.

O grupo do Programa de atenção às pessoas com HAS e/ou DM reuniu-se todas as terças-feiras, à tarde. Às segundas-feiras à tarde foram programadas e realizadas as visitas para a comunidade para pesquisa de casos novos assim como a busca ativa dos faltosos às consultas. Todos os usuários estão com os exames clínicos em dia de acordo com o protocolo, com a prescrição de medicamentos baseada na disponibilidade da farmácia popular, com registro adequado na ficha de acompanhamento e avaliação de estratificação do risco cardiovascular.

Também, oferecemos orientação nutricional com destaque para uma alimentação saudável, importância da prática de atividade física, necessidade da higiene bucal além de informar sobre o risco do tabagismo. Aos acompanhados durante a intervenção foi realizada a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Até a conclusão da intervenção não houve usuários faltosos às consultas. Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas.

A maioria das comparecia à Unidade de Saúde somente para retirar os medicamentos e não eram avaliados pelo médico. Agora, a partir do início do projeto de intervenção, está claro para todos que há necessidade de serem avaliados por meio de consultas clínicas regulares durante o ano. Criamos um arquivo específico que permite realizar o monitoramento das que devem realizar a consulta clínica naquele mês e providenciar o agendamento prévio.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

A única dificuldade está relacionada à disponibilidade de medicamentos na farmácia popular. Muitos usuários ao consultarem com algum especialista retornavam com outra prescrição de medicamentos e, às vezes, não disponíveis na Unidade. Em conjunto com o usuário, algumas vezes, foi decidido pela substituição da prescrição por medicamentos similares fornecidos pela farmácia popular.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não tivemos dificuldades na coleta e sistematização dos dados e nem com preenchimento da planilha de coleta de dados enviada semanalmente ao curso.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção foi e continua sendo muito válido para organizar o trabalho da ESF e o trabalho da equipe de saúde principalmente junto aos usuários que apresentam HAS e/ou DM .

Todas as ações desenvolvidas já estão incorporadas à rotina de trabalho da equipe em detrimento do atendimento à comunidade com vistas à melhoria da qualidade de vida da população pertencente à unidade de saúde.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Os resultados a seguir apresentam a intervenção realizada na Unidade de Estratégia de Saúde da Família Boa Vista do Cadeado, no município de Boa Vista do Cadeado/RS, entre os meses de fevereiro e junho de 2015.

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura a pessoas com HAS e/ou DM.

Meta 1.1 - Cadastrar 80% das pessoas com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

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

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos DM da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

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

A Unidade possui uma população total de 2.538 usuários adstritos e, segundo a estimativa do CAP teríamos 386 pessoas com HAS. Ao final das 12 semanas, um total de 199 usuários com HAS foi avaliado na unidade recebendo atenção por parte da equipe de saúde. Alcançamos assim, 51,6% (n=199) de cobertura do programa de atenção à pessoa com HAS na unidade.

Conforme a **Figura 2**, no primeiro mês de intervenção, a cobertura contemplou 9,3% (36) da população hipertensa estimada. No segundo mês, esta ação contemplou 27,5% (106). E, no terceiro mês, alcançamos um indicador de 51,6% (199). Durante a primeira etapa houve um menor atendimento médico, na segunda e terceira etapa aumento mostrando-se grande interesse pela participação da população na intervenção.

Quanto à população de DM da estimativa de 95 foram avaliados 53 usuários com DM. Assim, conforme a **Figura 3**, no primeiro mês 11,6% (n=11) compareceram à unidade para serem avaliados pela equipe, no segundo mês 29,5% (n=28) e no terceiro mês 55,0% (n=53), havendo um aumento das atendidos nos últimos dois meses.

Dentre os 200 usuários que foram acompanhados durante a intervenção 26,5% (52) são portadores de HAS e DM associadas e um usuário possui apenas DM não associado à HAS. Os demais 147 usuários são portadores apenas de HAS.

O crescimento do percentual de avaliação tanto das pessoas com HAS quanto das com DM é consequente da realização de visitas domiciliares e divulgação em sala de espera. **No entanto, não conseguimos alcançar a meta proposta devido....**

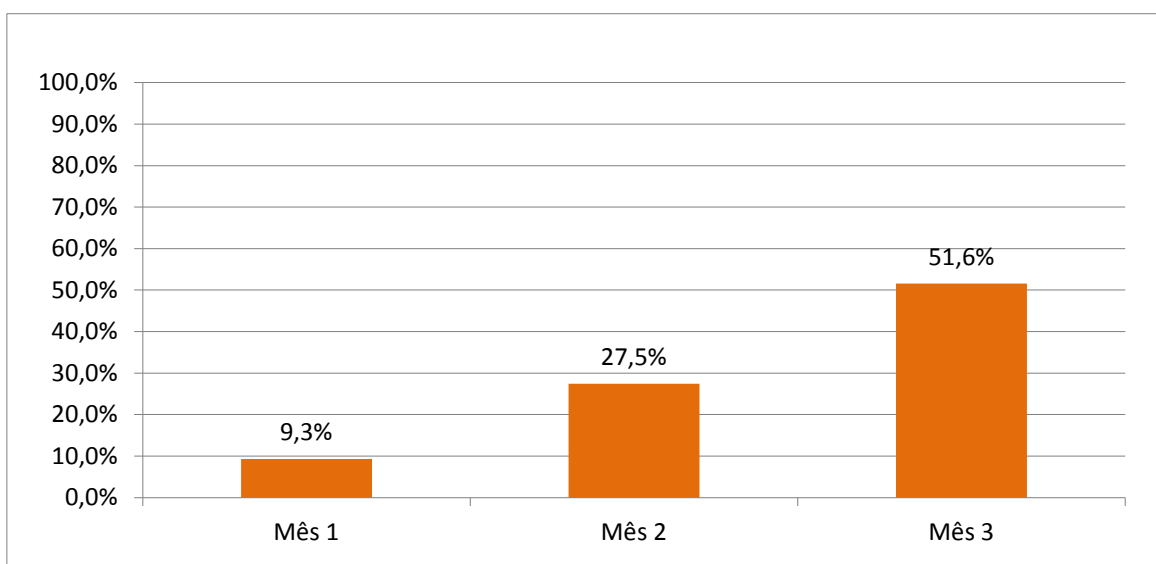


Figura 2 – Cobertura do programa de atenção à pessoa com HAS na unidade de saúde Boa Vista do Cadeado em Boa Vista do Cadeado, RS, 2015.

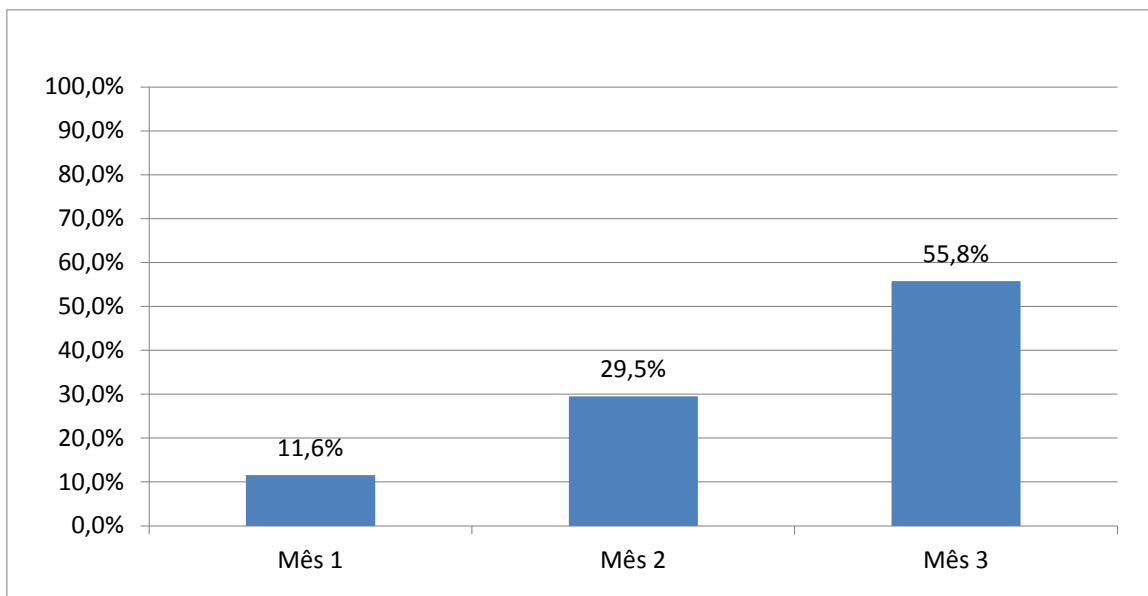


Figura 3 – Cobertura do programa de atenção à pessoa com DM na unidade de saúde em Boa Vista do Cadeado, RS, 2015.

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com HAS e/ou DM.

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

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

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

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

Ao longo da intervenção mantivemos 100% das com HAS avaliados e submetidos ao exame clínico mantendo-o em dia. No primeiro mês um total de 9,3% (36) da população com HAS estimada para a área estava com o exame clínico em dia, no segundo mês, esta ação contemplou 27,5% (106) e, no terceiro mês, realizamos exame clínico em 51,6% (199) das com HAS.

Quanto às pessoas com DM também mantivemos percentuais de 100% quanto à realização de exame clínico em dia. Assim, no primeiro mês, tivemos 100% (n=11) de pessoas com DM submetidas ao exame clínico mantendo-o em dia, no segundo mês também 100% (n=28) dos portadores de DM foram

submetidas ao exame e, no terceiro mês 100% (n=53) das DM 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.

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

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

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

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

Foram avaliados um total de 199 pessoas com HAS ao longo da intervenção. No primeiro mês 100% (n=36) conseguiram realizar os exames em dia de acordo com o protocolo, no segundo mês também conseguimos atingir a meta e 100% (n=106) das pessoas com HAS realizaram os exames de acordo com o protocolo, e no terceiro mês mantemos 100% (199) das com HAS com os exames em dia de acordo com o protocolo.

As pessoas com DM também realizaram os exames de acordo com o recomendado pelo protocolo mantendo ao longo da intervenção 100% de realização dos exames sendo que 11, 28 e 53 usuários os realizaram no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente.

Na Unidade de ESF Boa Vista do Cadeado temos estabelecido que os exames para os usuários devam ser agendados no momento da consulta. Assim, o mesmo sai da consulta com a solicitação realizada pelo médico que a repassa imediatamente ao laboratório. Isto somente é possível em virtude da parceria que o gestor municipal fez com o laboratório com coleta de amostras para os exames na própria unidade de saúde uma vez por semana. Assim, todos saem da consulta com a data agendada para a coleta de exames. Os resultados levam em média uma semana e no máximo quinze dias. Esta parceria facilitou a avaliação e o monitoramento das acompanhados no serviço. Esta parceria será mantida.

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

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

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

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

Seguindo a análise, no primeiro mês de intervenção, o número de pessoas com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular foi de 36, no segundo mês de 106 e terceiro mês de 199, totalizando 100% das pessoas com HAS em uso dos medicamentos disponibilizados pela farmácia popular.

No primeiro mês de intervenção, o número de pessoas com DM e com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular foi de 11, no segundo mês 28 e terceiro mês 53 totalizando 100% das pessoas com DM com prescrição de medicamentos ao longo dos três meses.

Apesar de não conseguirmos alcançar cobertura de 80% de pessoas com HAS e/ou DM durante a intervenção conseguimos a adesão de 100% dos acompanhados para uso de medicamentos disponibilizados na farmácia popular.

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

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

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

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

Ao longo do primeiro mês de intervenção, o número de pessoas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi de 36, no segundo mês de 106 e terceiro mês de 199, totalizando 100% das pessoas com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No primeiro mês de intervenção, o número de pessoas com DM e com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi de 11, no segundo

mês 28 e terceiro mês 53 totalizando 100% das pessoas com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Essa avaliação foi realizada pelo odontólogo da unidade que trabalhou em parceria com a equipe e as avaliações odontológicas eram realizadas no mesmo dia que o usuário comparecia à unidade para a avaliação clínica. Na programação de trabalho realizada pela equipe de saúde no início do projeto de intervenção, um dia da semana era reservado para o Programa de Atenção às pessoas com HAS e/ou DM, em que o usuário hipertenso e/ou DM recebia avaliação médica, de enfermagem, nutricional e odontológica. E, os usuários que necessitavam de tratamento odontológico continuado eram agendados pelo odontólogo após avaliação.

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de pessoas com HAS e/ou DM ao programa.

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

Indicador 3.1: Proporção de pessoas com HAS faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Durante o desenvolvimento da intervenção não tivemos usuários faltosos às consultas, pois as consultas já eram agendadas na rotina de atendimento da unidade e a população já estava habituada a esta realidade, mas o foco para trabalhar com a população com HAS e/ou com DM foi escolhida pela necessidade de melhorar os indicadores de qualidade da mesma. Na organização do Programa de Estratégia de Saúde da Família mantemos uma programação de consulta para as pessoas com HAS e/ou com DM cadastradas no Programa de Atenção às pessoas com HAS e/ou DM em que avaliamos os usuários. Utilizamos a estratégia de comunicação por meio das ACS para que os usuários não esqueçam do dia e do horário de suas consultas agendadas na unidade e compareçam à mesma.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

Quanto à proporção de usuários com registro adequado na ficha de acompanhamento no primeiro mês tivemos 100% (n=36) de pessoas com HAS e 100% (n=11) de DM com registro adequado, no segundo mês também 100% (n=106) de pessoas com HAS e 100% (n=28) de DM foram mantidos com os registros adequados na ficha-espelho e no terceiro mês mantivemos 100% (n=199) de registros adequados para pessoas com HAS e 100% (n=36) para os DM.

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.

Objetivo 5 – Mapear pessoas com HAS e DM de risco para doença cardiovascular.

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

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

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

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

Seguindo a análise, no primeiro mês foi realizada a estratificação de risco cardiovascular a 100% (n=36) das pessoas com HAS e a 100% (n=11) dos DM, no segundo mês mantivemos o mesmo percentual de 100% (n=106) para as pessoas com HAS e 100% (n=28) para os DM e no terceiro mês também foi

mantido a mesma qualidade com 100% (n=199) das pessoas com HAS e 100% (n=36) dos DM com estratificação do risco cardiovascular.

Para a estratificação do risco cardiovascular utilizou-se a escala de Framingham. A mesma foi realizada pelo médico especializando e a enfermeira também foi capacitada pelo médico especializando para auxiliar na realização da avaliação do risco cardiovascular, o que permitiu alcançar 100% das acompanhados com a estratificação de risco cardiovascular realizada.

Objetivo 6 – Promover a saúde de pessoas com HAS e DM.

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

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

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

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

No primeiro mês de intervenção um total de 100% (n=36) das pessoas com HAS e 100% (n=11) dos DM receberam orientação nutricional, no segundo mês também 100% (n=106) das pessoas com HAS e 100% (n=28) dos DM a receberam e, no terceiro mês o mesmo percentual foi alcançado com fornecimento de orientações nutricionais a 100% (n=199) das pessoas com HAS e a 100% (n=36) dos DM acompanhados durante a intervenção.

As orientações nutricionais foram fornecidas de forma individual por ocasião da consulta pela nutricionista da unidade. As consultas para avaliação da nutricionista eram agendadas, quando necessário, ao final da avaliação médica.

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

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

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

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

No primeiro mês de intervenção foram 100% (n=36) de pessoas com HAS e 100% (n=11) de DM que receberam orientação quanto à prática regular de atividade física, no segundo mês também 100% (n=106) das pessoas com HAS e 100% (n=28) dos DM a receberam e, no terceiro mês a mesma qualidade foi mantida, pois 100% (n=199) das pessoas com HAS e 100% (n=36) dos DM.

A orientação quanto à importância de manutenção regular de atividade física também foi realizada com o apoio da nutricionista da equipe em momentos de encontros com grupo do Programa de Atenção às pessoas com HAS e/ou DM. Assim, como todos os usuários participaram ativamente dos grupos realizados, todos receberam esta orientação, pois em todos os momentos de grupo esta foi reforçada pela nutricionista de nossa equipe.

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

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

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das DM.

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

Durante o primeiro mês de intervenção 100% (n=36) das pessoas com HAS e 100% (n=11) dos DM foram orientados quanto aos riscos para a saúde decorrentes do tabagismo, no segundo mês também 100% (n=106) das pessoas com HAS e 100% (n=28) dos DM foram alertados quanto aos riscos do tabagismo e, no terceiro mês a mesma foi mantida para 100% (n=199) das pessoas com HAS e para 100% (n=36) dos DM avaliados em consulta médica.

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 HAS.

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

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das DM.

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

Durante o primeiro mês de intervenção 100% (n=36) das pessoas com HAS e 100% (n=11) dos DM receberam orientações sobre higiene bucal, no segundo mês as orientações também foram ofertadas a 100% (n=106) das pessoas com HAS e a 100% (n=28) dos DM e, no terceiro mês a meta também foi alcançada mantendo orientações a 100% (n=199) das pessoas com HAS e a 100% (n=36) dos DM acompanhados sobre a importância da manutenção da higiene bucal.

Estas orientações foram fornecidas pelo médico especializando e pela enfermeira da unidade e na presença de quaisquer alterações os usuários eram recomendados para a realização de uma avaliação odontológica. O agendamento da consulta odontológica era realizado no momento da constatação de alguma alteração visualizada.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde de Boa Vista do Cadeado/RS com o objetivo de qualificar a Atenção à Saúde da pessoa com HAS e/ou com DM promoveu a ampliação da cobertura da atenção aos grupos, melhoria nos registros por meio da implantação da ficha-espelho e, especialmente qualidade da consulta e o aperfeiçoamento do trabalho em equipe.

Para a realização da intervenção foi necessário promover a capacitação da equipe e, para a realização desta atividade foram utilizados os protocolos do Ministério da Saúde (2013) para que o atendimento à população fosse disponibilizado conforme recomendado. Esta capacitação estimulou a equipe para organização e planejamento do trabalho a ser desenvolvido e após as capacitações foram definidas as atribuições de cada membro da equipe ficando a recepcionista da unidade responsável pelo agendamento das consultas e a equipe de enfermagem pelo acolhimento inicial.

Assim, as técnicas de enfermagem ficaram com a responsabilidade de realizar o primeiro acolhimento no serviço às pessoas com HAS e/ou com DM. Já a enfermeira da unidade ficou responsável pelo monitoramento semanal por meio das fichas-espelho conferindo se todas as ações propostas haviam sido cumpridas na totalidade. O médico especializando ficou responsável pela avaliação clínica

realizando o exame clínico apropriado, solicitando os exames complementares e realizando a estratificação de risco. O odontólogo ficou responsável pela avaliação da saúde bucal das avaliados durante a intervenção.

Os ACS ficaram com a responsabilidade de atualizar o cadastro das pessoas com HAS e/ou DM bem como identificar os usuários que por qualquer causa não comparecessem às consultas e/ou ao grupo do Programa de Atenção às pessoas com HAS e/ou DM. Também contamos com o motorista que foi responsável pelo deslocamento da equipe para realização das visitas domiciliares. Portanto, consideramos que o trabalho foi realmente realizado em equipe.

A intervenção também foi de grande importância para o serviço, pois possibilitou o aumento da qualidade do mesmo em que melhoramos a forma de registro e monitoramento das pessoas com HAS e/ou cm DM acompanhadas pelo serviço melhorando consequentemente a qualidade de vida da população alvo.

A comunidade também foi beneficiada com a intervenção, pois obtiveram um conhecimento maior em relação à HAS e ao DM bem como sobre os fatores de riscos modificáveis e sobre os não modificáveis além da importância de um acompanhamento regular e da manutenção do tratamento farmacológico e não farmacológico.

Ao finalizarmos a intervenção destacamos que a intervenção será mantida na rotina do serviço e continuaremos a desenvolver todas as ações iniciadas em busca das com HAS e/ou com DM , pois aspiramos alcançar a meta proposta e qualificar ainda mais as ações apresentadas no projeto e desenvolvidas ao longo da intervenção mantendo a mesma qualidade além de estender para as demais ações programáticas.

Também, pretendemos programar ações de qualificação no serviço como a prática regular de exercício físico oferecendo para os grupos do Programa de Atenção às pessoas com HAS e/ou DM acompanhamento do professor de educação física para que todos possam realizar atividades monitoradas e para que possam ter conhecimento da importância da prática de atividade física, pois os exercícios podem melhorar a capacidade respiratória, cardiovascular, circulatória e contribuir para a diminuição das dores articulares aumentando a qualidade de vida das pessoas com HAS e/ou com DM .

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor Municipal,

O projeto de intervenção relacionado à melhoria da atenção à saúde da pessoa com HAS e/ou com DM pertencente à área de abrangência da ESF Boa Vista do Cadeado estava previsto para ser desenvolvido em 16 semanas, mas devido ao período de férias do especializando durante a intervenção foi reduzido para 12 semanas com início a partir da primeira semana do mês de fevereiro de 2015, sem prejuízo das ações para a comunidade.

A equipe de saúde reconheceu que a qualidade das ações desenvolvidas no transcurso da intervenção permitiu ampliar a cobertura de atendimento à população hipertensa e/ou diabética elevando especialmente os indicadores de qualidade do programa instituído no serviço de saúde do município de Boa Vista do Cadeado/RS.

A HAS (HAS) e o DM (DM) são doenças acompanhadas pelo Programa de atenção às pessoas com HAS e/ou DM e constituem-se em uma das ações programáticas importantes no contexto da atenção primária à saúde entre as doenças não transmissíveis. Consideradas também as afecções mais comuns da saúde pública na atualidade que atingem um grande número de pessoas e na ausência de diagnóstico precoce, tratamento e autocuidado adequados podem deixar sequelas irreversíveis, necessitando de cuidados profissionais mais especializados (BRASIL, 2013; BRASIL, 2103a).

A escolha em trabalhar com o grupo de pessoas com HAS e/ou DM na unidade se deu a partir da necessidade de organizarmos o serviço para dispensar uma atenção qualificada a esta parcela da população objetivando diminuir o índice de morbimortalidade. Além disso, não tínhamos na unidade um

monitoramento eficaz das pessoas com HAS e/ou DM, pois a maioria recebia atendimento por demanda espontânea (apenas para renovação de receituário e verificação de pressão e hemoglicoteste).

O Caderno de Ações Programáticas (CAP) que apresenta uma estimativa por região, disponibilizado pelo curso estimou um total de 567 pessoas com HAS e 162 DM para a área de abrangência da Unidade de Saúde do total de 2.538 pessoas. No momento de preenchimento do CAP estimamos acompanhar um total de 429 pessoas com HAS o que perfazia 76% do total de 567 pessoas com HAS e quanto aos DM estimamos acompanhar 60 pessoas com DM o que perfazia 37% do total de 162 estimados pelo CAP, pois não tínhamos registros adequados destes atendimentos.

Entretanto, para a intervenção utilizamos como base a estimativa gerada pela planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso que é baseada na estimativa em nível Brasil, pois a mesma se aproximava mais de nossa realidade. Apresentamos a seguir um quadro resumo em que mostramos a realidade anterior e após a intervenção comparando dados do CAP e da planilha, ambos disponibilizados pelo curso.

Indicadores	Antes da intervenção PESSOAS COM HAS n= 567 CAP	Após a intervenção PESSOAS COM HAS n=386(planilha)	Antes da intervenção DM n= 162 CAP	Após a intervenção DM n=95 (planilha)
Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e/ou diabético na unidade de saúde.	76% (429)	51,6% (199)	37% (60)	55,8%(53)
Realização de exame clínico em pessoas com HAS e/ou DM	18%	51,6%(199)	10%(60)	55,8%(53)
Realização de exames complementares em pessoas com HAS e/ou DM	70%(429)	51,6%(199)	31%(60)	55,8%(53)
Prescrição de medicamentos da Farmácia Popular	76%(429)	51,6%(199)	37% (60)	55,8%(53)
Avaliação da necessidade de atendimento	0%(429)	51,6%(199)	0%(60)	55,8%(53)

odontológico de pessoas com HAS e DM				
Busca de pessoas com HAS e/ou DM faltosos às consultas	0%(429)	0%(199)	0%(60)	55,8%(53)
Registro adequado em fichas-espelho ou de acompanhamento de pessoas com HAS e/ou DM	0%(429)	51,6%(199)	0%(60)	55,8%(53)
Realização da estratificação do risco cardiovascular em pessoas com HAS e/ou DM	0%(429)	51,6%(199)	0%(60)	55,8%(53)
Orientação nutricional à pessoas com HAS e/ou DM	76% (429)	51,6%(199)	37% (60)	55,8%(53)
Orientação sobre a prática de atividade física a pessoas com HAS e/ou DM	76% (429)	51,6%(199)	37% (60)	55,8%(53)
Orientação sobre os riscos do tabagismo a pessoas com HAS e/ou DM	76% (429)	51,6%(199)	37% (60)	55,8%(53)
Orientações sobre higiene bucal a pessoas com HAS e/ou DM	76% (429)	51,6%(199)	37% (60)	55,8%(53)

Figura 3 – Quadro demonstrativo do antes e depois da intervenção realizada na Unidade de Saúde Boa Vista do Cadeado em Boa Vista do Cadeado, RS, 2015.

A realização da análise situacional, ferramenta importante na Atenção Primária de Saúde nos permitiu avaliar o comportamento dos indicadores de saúde deste programa no município no início do curso de especialização. Na primeira semana da intervenção foi apresentado o projeto para todos os profissionais da unidade e os ACS foram os responsáveis pela divulgação do projeto na comunidade.

Para a realização deste trabalho foi elaborado um cronograma para acompanhar a realização das ações previstas no projeto permitindo uma organização eficaz das mesmas. Para garantir um atendimento de qualidade à população foi realizada capacitação da equipe sobre os protocolos do Ministério

da Saúde sobre HAS e DM , com participação ativa de todos os membros. Realizamos debates sobre temas relacionados à HAS , DM , sobre o funcionamento do programa e definimos as atribuições de cada membro da equipe.

Agrademos o apoio recebido do gestor municipal quanto à disponibilidade da impressão das fichas-espelho bem como dos protocolos de HAS e do DM do Ministério de Saúde do ano de 2013 para a unidade.

Realizamos consultas individuais baseadas na avaliação clínica incluindo o exame clínico, prescrição de exames complementares, prescrição de medicamentos da lista da Farmácia Popular, realizamos o registro adequado na ficha de acompanhamento, avaliação do risco cardiovascular para ambas as patologias, orientando a todos sobre a periodicidade das consultas. Além disso, foram realizadas orientações sobre alimentação saudável, importância da prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, higiene da saúde bucal, entre outras.

No transcurso da intervenção foram realizadas várias visitas domiciliares especialmente aos usuários que apresentavam dificuldades para comparecer à unidade e aos que necessitavam de assistência médica de forma imediata. Neste momento, também aproveitamos para agradecer ao gestor de saúde pela disponibilização do transporte para a equipe para realizar as mesmas.

Realizamos encontros com o grupo de pessoas com HAS e/ou DM semanalmente. Estes foram desenvolvidos na Unidade. Durante as reuniões foram realizadas orientações nutricionais sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo, saúde bucal, entre outras temáticas relacionadas com estas patologias.

Como atividade comunitária, realizamos nas microáreas em momentos de encontros de grupos várias palestras sobre a temática. Durante o período da intervenção foram avaliados 252 usuários cadastrados na Unidade. Destes, 199 (51,6%) são pessoas com HAS com 20 anos ou mais residentes na área e um total de 53 (55,8%) são DM com 20 anos ou mais também residentes na área e acompanhados na unidade.

Apesar de não ter sido alcançada a meta de 80% das pessoas com HAS e DM proposta inicialmente, todas as ações previstas foram desenvolvidas

segundo o planejado no cronograma com o apoio incondicional dos ACS que, de uma forma ou outra, tornaram possível a participação ativa das em todas as atividades realizadas durante a intervenção. Os indicadores de qualidade mantiveram-se em 100% desde o início até o final da intervenção.

Portanto, consideramos que o trabalho realizado foi de grande importância para a equipe, pois permitiu à mesma ampliar os conhecimentos, trocar ideias e experiências qualificando o trabalho bem como aumentar a integração entre os membros. Sendo também de grande importância para o serviço, pois melhorou o acolhimento e a qualidade de atenção dispensada aos usuários pessoas com HAS e/ou DM. Além disso, possibilitou a organização dos prontuários e registros em fichas de acompanhamento das bem como promoveu a implantação de um arquivo específico (ficha-espelho) para monitoramento destes.

Também foi de muita importância para a comunidade, pois melhorou o acolhimento aos usuários pessoas com HAS e/ou DM, melhorou a relação equipe-comunidade, promoveu troca de ideias, experiências e conhecimentos com os grupos de pessoas com HAS e/ou DM e permitiu a realização das atividades educativas junto à comunidade promovendo melhoria quanto à qualidade de vida desta população.

As ações que foram desenvolvidas durante a intervenção já se encontram incorporadas à rotina do serviço, continuaremos com o trabalho dia a dia objetivando incorporar novos usuários monitorando-os de forma contínua. Esperamos continuar com o apoio da gestão para intervenções futuras que pretendemos implementar na unidade tomando este projeto como exemplo a fim de continuar melhorando a saúde da população pertencente à área de abrangência da ESF Boa Vista do Cadeado e, ao mesmo tempo, colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos sobre a intervenção realizada ou para planejamentos futuros para a unidade em benefício à comunidade.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da ESF Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Cadeado/RS

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada Comunidade,

Realizamos entre os meses de fevereiro e junho de 2015 uma intervenção em saúde com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde da pessoa com HAS e/ou com DM pertencente à área de abrangência da Unidade de Estratégia em Saúde da Família Boa Vista do Cadeado do município de Boa Vista do Cadeado/RS.

A equipe composta por dois médicos clínicos geral, três enfermeiras, seis técnicos de enfermagem, um técnico de saúde mental, dois fisioterapeutas, um odontólogo, uma técnica odontológica, um psicólogo, uma nutricionista, um farmacêutico, um assistente social, um educador físico, nove ACS, uma recepcionista e sete motoristas foi capacitada por meio dos protocolos do Ministério da Saúde sobre HAS e DM a fim de que todos pudessem prestar atendimento ao grupo de pessoas com HAS e/ou com DM conforme recomendado pelos referidos protocolos.

A Unidade de ESF Boa Vista do Cadeado atende a toda a população do município que é de 2.538 habitantes. A mesma possui em sua estrutura física salas para recepção, vacina, triagem (enfermagem), esterilização, farmácia, curativos, observação, fisioterapia, assistência social e consultórios odontológico, ginecológico, pediátrico, clínico geral e para avaliação de saúde mental e ainda possui sala de recursos humanos e administração, cozinha e lavanderia.

Segundo dados registrados no serviço, a Unidade de ESF Boa Vista do Cadeado possui 429 pessoas com HAS e 60 pessoas com DM os quais moram na área de cobertura e são acompanhadas em nossa Unidade de forma regular. Oferecemos um atendimento de boa qualidade, realizamos encontros de grupos

todas as terças-feiras em diferentes comunidades com a população alvo. Durante os encontros de grupos são realizadas ações de orientação quanto à importância dos hábitos alimentares saudáveis, para o controle do peso corporal, estímulo à prática regular da atividade física e realizamos exercícios físicos, orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo bem como oferecemos atividades na área da saúde mental e avaliações em saúde bucal.

A avaliação, monitoramento, planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos adultos portadores de HAS e/ou de DM são coordenados por toda a equipe de saúde.

A intervenção tinha como objetivos e metas específicas cadastrar 80% das pessoas portadoras de HAS e/ou DM e garantir que 100% de pessoas com HAS e/ou com DM realizassem os exames complementares em dia, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, melhoria do registro das informações com a criação de um registro específico para acompanhamento das pessoas com HAS e/ou com DM. Trabalhamos em ações educativas quanto à orientação de prática regular de atividade física para 100% da população alvo.

Ao final da intervenção, apesar de não alcançarmos a meta proposta, a equipe conseguiu oferecer atendimento com qualidade, trabalhamos em equipe com participação da comunidade e conseguimos mudar estilo e condições de vida das pessoas com HAS e/ou com DM diminuindo os riscos de complicações como neuropatia diabética, retinopatia diabética, infarto agudo do miocárdio e acidentes vasculares encefálicos.

Continuaremos trabalhando a fim de manter todas as ações implementadas com a intervenção no sentido de promover melhoria da qualidade de vida a este grupo populacional, pois a mesma é parte da rotina do serviço a partir de agora. E, para isso contamos com o apoio da comunidade para que todos mantenham sua avaliação de saúde em dia comparecendo periodicamente ao serviço de saúde.

A equipe solicita o apoio da comunidade para continuar trabalhando a fim de modificar o modo e estilo de vida de todos diminuindo com isso os fatores de riscos provocados pelas referidas patologias.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da ESF Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Cadeado/RS.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Este trabalho de intervenção comunitária ajudou-me a capacitar-me mais como profissional, permitiu-me trabalhar mais na medicina da família que está baseada na promoção e prevenção de saúde comunitária, permitiu-me trabalhar em equipe e conhecer o funcionamento do trabalho na Estratégia de Saúde da Família no Brasil, conhecer melhor o protocolo de atendimento às pessoas com HAS e/ou com DM assim como qualificou o trabalho da equipe de saúde da Unidade Boa Vista do Cadeado do município de Boa Vista do Cadeado/RS.

Além disso, possibilitou realizar um trabalho em conjunto com a comunidade e o gestor de saúde do município e acredito que o curso de especialização em saúde da família ajudou-me a qualificar meu trabalho e o trabalho da equipe.

Esta foi minha primeira experiência de curso online, não tenho muito que falar sobre isso, mas o acompanhamento pelo orientador foi muito bom, quase como se as aulas fossem presenciais.

O material disponibilizado pelo curso é muito bom, o que permite melhorar a qualidade do trabalho junto ao serviço de saúde, foi um material completo onde há referência para todo o trabalho da atenção primária no Brasil.

A participação nos fóruns permitiu compartilhar ideias com outros colegas, compartilhar experiências de trabalho realizadas por cada um, esclarecer dúvidas e obter orientação sobre a especialização.

Os estudos de prática clínica e os Testes Qualificação Cognitiva (TQC) aumentaram meu conhecimento em relação aos protocolos de atendimentos utilizados no Brasil, permitiu a minha atualização profissional em relação aos tratamentos médicos, medicamentos usados no Brasil e me obrigou de certa forma a aprofundar o conhecimento por meio de estudos bem como buscar outras

bibliografias para complementar sobre os temas propostos para estudo. O que foi de grande valia para o meu crescimento como profissional.

Referências

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

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

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

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

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

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

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017. Prefeitura de Boa Vista do Cadeado Secretaria Municipal de Saúde, Desenvolvimento Social, Habitação e Saneamento, Boa Vista do Cadeado, 2014.

Anexos

Anexo A – Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante

Fotos da intervenção (autorizadas)

