

Universidade Aberta do SUS- UNASUS

Universidade Federal de Pelotas

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância

Turma 4



Melhoria da Atenção à Saúde dos Adultos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA

Lucas de Souza Neves

Pelotas, 2014

Lucas de Souza Neves

Melhoria da Atenção à Saúde dos Adultos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Violeta Rodrigues Aguiar

Pelotas, 2014

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

N518m Neves, Lucas de Souza

Melhoria da atenção à saúde aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou Diabetes Mellitus adstritos no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto - BA / Lucas de Souza Neves ; Violeta Rodrigues Aguiar, orientadora. — Pelotas, 2014.

116 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Doença crônica. 4. Diabetes Mellitus. 5. Hipertensão. I. Aguiar, Violeta Rodrigues, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

Dedico esse trabalho à minha família, à equipe e todos os usuários do grupo Hiperdia do Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA.

Agradecimentos

A minha orientadora, pela atenção, apoio e dedicação ao longo do curso;

Aos meus colegas de trabalho, pela colaboração na busca de melhorias no programa hiperdia na unidade;

A gestão em saúde, por ter autorizado e dado suporte para implementação do projeto;

Aos líderes comunitários, na formação de parcerias;

À professora e alunos do curso técnico de enfermagem, pela grande contribuição na intervenção;

A todos que contribuíram para a realização desse trabalho;

Obrigado.

Lista de Figuras

Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA	73
Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA	74
Figura 3. Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA	75
Figura 4. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA	76
Figura 5. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA	77
Figura 6. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA.....	78
Figura 7. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA	79
Figura 8. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou Farmácia Popular no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA.....	80
Figura 09. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA	80
Figura 10. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA	81

Figura 11. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA	82
Figura 12. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA	83
Figura 13. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA	84
Figura 14. Proporção de hipertensos com avaliação odontológica no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA	85
Figura 15. Proporção de diabéticos com avaliação odontológica no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA	85
Figura 16. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA	86
Figura 17. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA.....	87
Figura 18. Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA.....	88
Figura 19. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA	89
Figura 20. Proporção de hipetensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA	90
Figura 21. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto - BA	91

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CSCAV	Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
mmHg	Milímetros de Mercúrio
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

1	Análise Situacional	13
1.1	Texto inicial sobre a situação da Estratégia da Saúde da Família	13
1.2.	Relatório Análise Situacional.....	14
1.3	Comentário comparativo entre a Atenção Primária à Saúde no Serviço e o Relatório de Análise Situacional	19
2	Análise Estratégica.....	21
2.1	Justificativa.....	21
2.2	Objetivos e metas.....	22
2.2.1	Objetivo Geral	22
2.2.2	Objetivos Específicos	22
2.2.3	Metas.....	22
2.3	Metodologia	24
2.3.1	Ações	25
2.3.2	Indicadores.....	59
2.3.3	Logística	64
2.3.4	Cronograma	67
3	Relatório da Intervenção	68
3.1	As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	68
3.2	As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	70
3.3	Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores	71
3.4	Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	71
4	Avaliação da Intervenção	72
4.1	Resultados	72

4.2 Discussão	91
4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores	94
4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade	96
5 Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.	98
6 Referências Bibliográficas	100
Anexos	102
Anexo A – Ficha espelho.....	103
Anexo B – Planilha de coleta de dados.....	105
Anexo C – Documento do Comitê de Ética	106
Apêndices.....	107
Apêndice A – Relatório do SIAB.....	108
Apêndice B – Planilha de monitoramento complementar	109
Apêndice C – Capacitação no Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica	110
Apêndice D – Capacitação no Protocolo de Diabetes Mellitus.....	111
Apêndice E – Educação Continuada Obesidade.....	113
Apêndice F – Registro das Atividades Coletivas	114
Apêndice G – Fotografias das Capacitações da Equipe	116
Apêndice H – Fotografias das Atividades Coletivas	117

Resumo

NEVES, Lucas de Souza. **Melhoria da Atenção à Saúde aos Adultos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus Adstritos no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA.** 2014. 116f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas 2014.

Segundo o Ministério da Saúde a hipertensão afeta entre 22% e 44% e o diabetes tem prevalência de 5,6% da população adulta no Brasil. Quando diagnosticadas precocemente, essas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações ou retardar a progressão das existentes. Dessa forma, o presente estudo é resultado de um projeto de intervenção para melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus adstritos no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – Bahia. O mesmo foi desenvolvido por meio de ações em quatro eixos: monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público e qualificação da prática clínica. Para executá-lo, foram adotados os protocolos de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde de 2013 e utilizadas fichas espelho, planilhas de monitoramento, ações, indicadores e planilha de coletas de dados, disponibilizadas pela Universidade Federal de Pelotas. Ao fim da intervenção, os resultados alcançados se constituíram na ampliação da cobertura do programa Hiperdia, atingindo a proporção de 82,3% dos hipertensos e 50,0% dos diabéticos. A porcentagem de busca ativa dos faltosos foi elevada para 97,9% dos hipertensos e 100% dos diabéticos. A proporção de pacientes com exame clínico em dia alcançou 100% de hipertensos e diabéticos. Em relação à avaliação odontológica, o índice chegou a 82,1% de hipertensos e 74,6% dos diabéticos. O percentual de pacientes com orientação nutricional atingiu 100% dos hipertensos e diabéticos. A proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo chegou a 99,4%, esse mesmo indicador alcançou 100% dos diabéticos. Dessa maneira, as diretrizes e protocolos adotados na intervenção se constituíram em medidas efetivas para reorganizar a assistência à saúde em hipertensão e diabetes na Atenção Primária à saúde.

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

Apresentação

O presente Trabalho de Conclusão de Curso foi elaborado para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas, modalidade Ensino à Distância. Encontra-se dividido em cinco capítulos e retrata o desenvolvimento do projeto de intervenção exposto acima. O primeiro trata-se de uma análise situacional do Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga, através de dois relatórios abordando a organização das ações programáticas na Unidade Básica de Saúde e a estrutura física, um elaborado no início e outro no final da ambientação, seguido de um comparativo entre eles.

Em seguida, apresenta-se a análise estratégica do projeto de Intervenção, apresentando a justificativa, os objetivos e metas, as metodologias, as ações de forma detalhadas, os indicadores trabalhados, a logística e o cronograma para melhoria da qualidade da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da área adscrita ao Centro.

Em terceiro, é apresentado o relatório de intervenção, com a descrição das ações que foram desenvolvidas, bem como as que não foram possíveis, apresentando as facilidades e dificuldades encontradas e relatando as que foram cumpridas integralmente ou parcialmente. Apresentam-se também as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, manuseio de planilhas de coleta de dados e cálculo de indicadores. Concluindo-se, com uma análise da viabilidade da incorporação das ações desenvolvidas à rotina do Centro de Saúde.

No quarto capítulo, são apresentados os resultados e discussão da intervenção, discorrendo sobre a importância para a comunidade e para os profissionais de saúde, através da elaboração de relatórios direcionados para os mesmos.

E, finalmente, na quinta e última parte, conclui-se o trabalho fazendo-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e o significado do curso de especialização na prática profissional.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia da Saúde da Família

O Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga (CSCAV) é uma unidade modelo tradicional formada por 02 equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde. O mesmo está situado na sede, porém, a sua área de adstrição é constituída de 34 microáreas exclusivamente da zona rural do município de Palmas de Monte Alto-Ba.

A equipe é composta por 02 cirurgiões-dentistas, 04 enfermeiros, 02 clínicos gerais, 09 técnicos de enfermagem, 34 agentes comunitários de saúde e 04 auxiliares de serviços gerais. A unidade foi reformada em 2012, sendo melhorada a estrutura física. A logística (medicamentos, exames, insumos, recursos humanos, etc.) atende às necessidades básicas para um bom atendimento aos usuários. O CSCAV cobre 100% da área de abrangência, atendendo a uma demanda de aproximadamente duas mil e quatrocentas famílias.

Os profissionais da UBS incentivam a população a identificar e relatar seus problemas do dia-a-dia. Após o levantamento dessas informações, a equipe organiza reuniões, envolvendo o engajamento público na busca de soluções. A finalidade é planejar, traçar metas e objetivos, levando em consideração a realidade local e estratégias de atenção integral, com destaque para a educação em saúde.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) são capacitados periodicamente por enfermeiros para atuarem e intervirem em suas microáreas. Além disso, a equipe executa palestras e atividades em grupo com os usuários. Os conteúdos abordados dão ênfase às principais doenças e agravos locais. Em maior evidência estão: Causas externas, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Doença de Chagas, Dengue, Anemia por deficiência de ferro, dermatoses, verminoses, etc.

Em determinadas ocasiões, os enfermeiros se deslocam até a zona rural para a realização de atividades de educação em saúde.

Muitos avanços foram alcançados, porém, existem desafios a serem superados, tais como: melhorar a valorização profissional, ampliar cursos de capacitação, garantir e melhorar qualidade dos serviços de saúde.

1.2 Relatório Análise Situacional

Palmas de Monte Alto é município localizado na região sudoeste da Bahia, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), sua população é formada por 20.775 habitantes. O sistema de saúde no município apresenta dois níveis de atenção: Atenção Básica e Média Complexidade. A Alta Complexidade ocorre por meio de convênios com outros municípios baianos, tais como: Vitória da Conquista e Salvador.

Em Palmas de Monte Alto, existem 03 unidades básicas de saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família, uma delas é a *UBS Fidelcina Cardoso Magalhães*, situada no distrito do Espraiado. Na zona urbana estão localizadas as *UBS Sebastião Rocha Filho* e *Zilda da Cruz*.

Existe 01 unidade de saúde modelo tradicional (*Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga*), 01 hospital municipal (*Hospital Municipal Milton Faria Dias Laranjeira*) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (*SAMU 192*). Além disso, há 01 unidade móvel básica e 01 unidade móvel odontológica.

Em Palmas de Monte Alto, os usuários dos serviços de saúde têm acesso a consultas especializadas em cardiologia, endocrinologia, psiquiatria, ginecologia, mastologia, pediatria, etc. Além disso, em parceria com o hospital municipal, são realizados exames complementares. No entanto, ainda não foram implantados no município o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

O Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga (CSCAV) é uma unidade de saúde mantida pelo Sistema Único de Saúde/Fundo Municipal de Saúde de Palmas de Monte Alto e não apresenta vínculo com instituição de ensino. Está localizado na zona urbana, contudo, atende a população da zona rural do município. De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica, em julho de 2013 estavam cadastrados na unidade 9.196 pessoas. Os perfis demográfico e epidemiológico da população abrangida pela equipe podem ser visualizados no consolidado do Sistema de Informação da Atenção Básica, disponível em apêndice A.

Atualmente a unidade é composta por 02 equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Contudo, o trabalho das mesmas ocorre de modo integrado. São realizados serviços de imunização, consultas e procedimentos ambulatoriais. Vale ressaltar que as atividades de imunização e consultas especializadas são estendidas aos usuários cadastrados em outras unidades do município.

A estrutura física do CSCAV passou recentemente por reformas, no entanto, ainda precisa de maior adequação no tocante à acessibilidade, climatização, acomodação, etc. A unidade é composta por 01 consultório ginecológico, 01 consultório odontológico, 04 consultórios básicos, 01 recepção; 01 sala de vacina; 01 copa; 01 almoxarifado; 01 sala de curativo; 01 sala de administração de medicamentos; 01 central de material 01 esterilizado; 08 sanitários e 01 sala de arquivo.

Em relação à estrutura, aspectos positivos estão relacionados à quantidade satisfatória de consultórios, construção de rampas de acesso e sanitários para pessoas portadoras de necessidades especiais. No entanto, precisa-se de uma sala de reunião com acomodações; recursos didáticos e metodológicos e local apropriado para execução de atividades educativas durante a espera por atendimento. Necessita-se de mais insumos, equipamentos e materiais para otimizar o atendimento. As estratégias para promover mais investimentos e melhorias na unidade precisam de um esforço conjunto, envolvendo equipe, gestão e engajamento público.

No que se refere ao processo de trabalho, necessita-se melhorar a interação em equipe, com mais discussões de casos clínicos e maior colaboração no planejamento de ações educativas e procedimentos coletivos. Assim, maiores investimentos em educação continuada e combate a rotatividade de profissionais são medidas que podem contornar essas condições e qualificar a assistência.

No que tange à demanda espontânea, os pontos negativos podem estar relacionados aos os usuários sem consultas agendadas que nem sempre eram acolhidos de maneira adequada. Visto que, por algum tempo a unidade ficou sem recepcionista e, os técnicos de enfermagem que executaram esse papel não foram capacitados para acolher e orientar de modo adequado esses usuários. Somado a isso, a principal queixa da população é a insuficiência de consultas médicas para atender à demanda.

No CSCAV, existe o programa de saúde da criança, o qual contribui para avaliação do crescimento e desenvolvimento em consultas de puericultura. Contudo, um dos aspectos negativos é que a unidade não dispõe de médico para atender às crianças, sendo as mesmas acompanhadas por enfermeiros.

Os aspectos positivos estão relacionados ao atendimento às crianças prestado pelos enfermeiros, avaliando a queixa principal, colhendo a história de saúde, realizando o exame físico, dando orientações gerais e solicitando exames laboratoriais, etc. As dificuldades relativas à cobertura da atenção em saúde da criança estão associadas às distâncias geográficas entre unidade e comunidade, insuficiência de equipamentos e materiais, tais como: balança pediátrica; antrômetro vertical, dentre outros.

O planejamento e monitoramento das ações em saúde da criança ainda não é uma realidade efetiva, além disso, as ações coletivas e de educação em saúde precisam ser estimuladas e consolidadas.

O pré-natal é outra ação programática implantada na unidade, atualmente, as gestantes são acompanhadas apenas por enfermeira em 05 turnos na semana. Aliado a isso, os agentes comunitários de saúde realizam o acompanhamento das mesmas durante visitas domiciliares. Há na UBS disponibilidade de manual técnico de pré-natal para o atendimento das mesmas.

Os aspectos negativos estão relacionados a casos isolados de menores de vinte anos que escondem a gestação da família e equipe de saúde, assim iniciam o pré-natal tardio. Com relação aos pontos positivos, destaca-se a redução da mortalidade materna e neonatal.

O Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga é a principal porta de entrada das mulheres no tocante aos programas de rastreamento, prevenção e tratamento dos cânceres de mama e colo do útero. O atendimento é realizado com qualidade, livre de preconceitos sociais, étnicos ou religiosos, de cor, etc. Dessa forma, a unidade vem atuando para aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos e de exame citopatológico para mulheres de 25 a 64 anos.

As atividades desenvolvidas pela equipe se traduzem em serviços para prevenir o câncer do colo do útero, com rastreamento das lesões precursoras, diagnóstico precoce e tratamento. As citologias são de padrão adequado, há referência para histologia e acesso a especialistas e métodos de confirmação diagnóstica, tais como: colposcopia; biópsia, etc.

A unidade dispõe de consultório ginecológico, com espaço físico adequado, contendo materiais, equipamentos e insumos necessários para a realização do exame citopatológico. O mesmo é realizado por enfermeira, conforme protocolo específico. Ainda assim, é observado o atendimento humanizado, inclusive com apoio psicológico às pacientes que necessitem desse serviço. O trabalho na unidade visa fortalecer as ações de promoção, diagnóstico e tratamento precoce.

Falando-se em medidas de cuidado ao câncer de mama, são realizadas buscas ativas e palestras para informar sobre a causa, diagnóstico, sinais, sintomas e tratamento da doença. As pacientes tem acesso a consultas com enfermeiros, médicos e exames de imagem, tais como: radiografia e ultrassonografia mamária. Através da educação em saúde e do trabalho do agente comunitário, busca-se aumentar a cobertura da população-alvo.

Os profissionais da unidade promovem ações de atenção integral em saúde aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Os mesmos são cadastrados no programa Hiperdia e atendidos alternadamente por médicos e enfermeiros em consultas mensais.

Os pacientes são incentivados a aderir aos hábitos saudáveis de vida. A unidade dispõe de 01 endocrinologista, 02 clínicos e 02 enfermeiros atendendo no programa Hiperdia. São promovidas palestras, busca ativa e orientação quanto ao uso correto dos medicamentos, enfatizando a adesão ao tratamento. No entanto, a cobertura do programa Hiperdia necessita ser ampliada.

As consultas de hiperdia são registradas em prontuário, o mesmo é arquivado na própria unidade. Os hipertensos e/ou diabéticos em situação clínica que configure casos de urgências ou emergências recebem o primeiro atendimento na unidade e são encaminhados ao hospital municipal.

Atualmente a cobertura do programa Hiperdia na unidade é estimada em (801) 42% dos hipertensos e (132) 21% dos diabéticos. Para melhorar esses indicadores e o processo de trabalho, destaca-se a necessidade de parcerias intersetoriais, maior interação da equipe e fortalecimento das políticas de saúde voltadas para os homens e adultos jovens, visto que, os mesmos costumam procurar atendimento somente na presença de algum sintoma.

Cabe aos gestores investir mais na Atenção Básica, equipar e estruturar as unidades, favorecer a contratação de profissionais competentes e humanizados,

reduzir as filas e desburocratizar o acesso aos serviços de Atenção Primária em Saúde.

Os profissionais do Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga vêm desenvolvendo ações para melhorar a atenção em saúde dos idosos abrangidos pela área. Dessa maneira, os mesmos têm acesso a consultas com enfermeiros, odontólogos e médicos. O trabalho ocorre de modo humanizado e contribui para o envelhecimento saudável. São realizadas atividades de educação em saúde, promoção de atividade física, hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis.

As secretarias de saúde, de educação e de ação social atuam de maneira integrada em várias questões referentes à qualidade de vida dos idosos, assim, palestras e grupos de idosos são formados para levar informação e entretenimento aos mesmos.

Os membros da equipe de saúde, sobretudo os agentes comunitários são capacitados para orientar e notificar aos órgãos competentes todas as situações em que haja idosos em condições vulneráveis.

Foram obtidos avanços na atenção em saúde destinada à terceira idade, contudo, alguns desafios ainda necessitam ser superados, tais como: dedicação ao cuidado, disponibilidade de tempo, comunicação, paciência, acolhimento, acessibilidade, etc. Um fator que pode ser considerado desfavorável para a atenção integral está relacionado à distância entre os usuários e a equipe, sendo que, alguns dos mesmos residem há mais de trinta quilômetros afastados da unidade.

O planejamento e programação em saúde devem ser revistos, levando em consideração a cobertura, demanda e perfil epidemiológico. Dessa maneira, a interação no trabalho em equipe e educação em saúde devem ser acolhidas por todos os profissionais da unidade para melhorar a qualidade da atenção e indicadores de saúde.

As informações relacionadas às características socioeconômicas, culturais, ambientais e enfermidades prevalentes na comunidade são essenciais para avaliar e reorganizar o atendimento. Assim, o relatório de análise situacional confere um direcionamento para o conhecimento e reflexão da situação da Atenção Primária em Saúde executada no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA.

1.3 Comentário comparativo entre a Atenção Primária à Saúde no Serviço e o Relatório de Análise Situacional

Antes da Análise Situacional, eu não possuía condições ideais para realizar um estudo profundo relacionado à estrutura, organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica, engajamento público e processo de trabalho no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga (CSCAV).

A unidade 1 do curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) foi caracterizada por aplicação de questionários, estudos de prática clínica, espaços de orientação e demais recursos que permitiram o embasamento teórico científico e aperfeiçoamento profissional para a analisar a situação da Estratégia de Saúde da Família / Atenção Primária em Saúde no CSCAV.

Ao realizar um texto comparativo entre o que foi descrito no início do curso item 1.1 (Situação Estratégica da Saúde da Família / Palmas de Monte Alto – BA) e o escrito posteriormente 1.2 (Relatório de Análise Situacional), é possível inferir que análise da Estratégia de Saúde da Família deve englobar vários fatores, tais como: estrutura, recursos humanos, insumos, materiais, equipe, planejamento, avaliação e integração de serviços, etc.

De acordo com o MS, a equipe multiprofissional (Equipe de Saúde da Família - ESF), deve ser composta por no mínimo 01 médico generalista ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; 01 enfermeiro generalista, ou especialista em Saúde da Família; 01 auxiliar ou técnico de enfermagem e 04 agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: 01 cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, 01 auxiliar ou técnico em Saúde Bucal.

O CSCAV é uma unidade de saúde modelo tradicional, apresenta 02 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A mesma apresenta uma considerável rotatividade profissional, sobretudo de médicos, podendo provocar alterações indesejáveis nos indicadores de cobertura e qualidade.

A equipe multiprofissional desenvolve atividades individuais e coletivas, envolvendo promoção, prevenção e tratamento, tendo como propósito melhorar e fortalecer as ações primárias em saúde.

O Ministério da Saúde (MS) desenvolveu o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família, com o objetivo de orientar profissionais e gestores municipais de saúde no planejamento, programação e elaboração de projetos de reforma, construção, ampliação e até mesmo locação de imóveis para funcionamento de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Através do Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde, são disponibilizados recursos aos estados, Distrito Federal e municípios destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a consolidação do Sistema Único de Saúde nas unidades básicas de saúde.

Em 2012, o Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga passou por uma reforma em sua estrutura física, ampliando o número de consultórios, salas, sanitários, etc. Porém, ainda necessita ser construído um escovário e local apropriado para depósito de lixo não contaminado. A unidade dispõe de equipamentos e materiais básicos, contudo, ainda é necessário a compra de balança pediátrica, mais esfigmomanômetros, fitas de glicemia, etc.

Com o advento da intervenção, houve uma maior preocupação com a avaliação dos serviços ofertados. Assim, através de reuniões em equipe, foram elencados problemas e sugestões para qualificar a atenção na UBS.

Dessa forma, compreendendo-se a Atenção Básica como a principal porta de entrada para a maioria dos usuários dos serviços públicos de saúde, suas ações devem ser organizadas com responsabilidade sanitária (ações prioritárias a curto, médio e longo prazo) a fim de promover o bem-estar e a qualidade de vida dos usuários do Sistema Único de Saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a hipertensão arterial é responsável por 45% dos ataques cardíacos e 51% dos acidentes vasculares cerebrais. É considerada silenciosa, pois não apresenta sintomas na maioria dos casos da doença. Ainda assim, a Sociedade Brasileira de Hipertensão informa que atualmente, um em cada três brasileiros em idade adulta sofre com pressão arterial elevada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2002).

Já em relação ao Diabetes Mellitus, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, são 13,4 milhões de pessoas portadoras dessa doença no Brasil. A população adulta com diabetes é de (6%) das mulheres e (5,2%) dos homens (BRASIL, 2006).

Em resposta aos entraves causados por hipertensão e/ou diabetes, o projeto de intervenção no programa de atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tem como propósito, melhorar a qualidade da atenção em saúde, bem-estar e qualidade de vida, contribuindo para reduzir internações hospitalares, óbitos e sequelas. A execução do mesmo será extremamente importante para reorganizar a assistência à saúde ao hipertenso e/ou diabético no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga (CSCAV).

De acordo com Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em seu consolidado de julho de 2013, aproximadamente 9.196 pessoas fazem parte da área adstrita do CSCAV, dessas, 812 hipertensos e 132 diabéticos estão cadastrados no programa Hiperdia.

Ao analisar estimativas da hipertensão e diabetes na população adstrita, pode-se inferir que a cobertura do programa em atenção ao hipertenso é de 42%, já a cobertura na assistência em diabetes é de 21%. Portanto, é preciso potencializar a qualidade da atenção, através de estratégias de rastreamento, diagnóstico, tratamento precoce, atividades coletivas e busca dos faltosos. Em relação ao grau de implementação, pode-se dizer que esse programa está estruturado, no entanto, é

necessário melhorar a interação e o envolvimento da equipe na reorganização da assistência, favorecer o controle social, planejar e realizar avaliações periódicas.

A intervenção na ação programática contribuirá de maneira significativa para potencializar as ações primárias, enfatizando a educação em saúde para prevenir ou reduzir as complicações da Hipertensão e o Diabetes. Vários aspectos podem auxiliar a viabilização da realização da intervenção, tais como: favorecimento de parcerias intersetoriais; sistema de rede em atendimento, com referência e contrarreferências; trabalho em equipe e engajamento público e apoio da gestão.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus adstritos no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – Bahia.

2.2.2 Objetivos Específicos

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

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1 - Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos;

Meta 1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2 - Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

Meta 3: Buscar 70% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 4: Buscar 70% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 3 - Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;

Meta 5: Realizar exame clínico apropriado em 70% dos hipertensos.

Meta 6: Realizar exame clínico apropriado em 70% dos diabéticos.

Meta 7: Garantir a 70% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 8: Garantir a 70% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 9: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 70% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 10: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 70% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 4 - Melhorar o registro das informações da atenção à saúde dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos;

Meta 11: Manter ficha de acompanhamento de 70% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 12: Manter ficha de acompanhamento de 70% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 5 - Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;

Meta 13: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 70% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 14: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 70% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 6 - Desenvolver atividades de promoção da saúde aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 15: Garantir avaliação odontológica a 70% dos pacientes hipertensos.

Meta 16: Garantir avaliação odontológica a 70% dos pacientes diabéticos.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 70% dos hipertensos.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 70% dos diabéticos.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 70% dos pacientes hipertensos.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 70% dos pacientes diabéticos.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 70% dos pacientes hipertensos.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 70% dos pacientes diabéticos.

2.3 Metodologia

Este é um projeto de intervenção desenvolvido no âmbito do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade Ensino à Distância (EAD) da Universidade Federal de Pelotas - UFPel.

O estudo tem como instrumentos de coleta de dados a aplicação de ficha espelho, planilhas de monitoramento, ações, indicadores e planilha de coletas de dados, elaboradas pela UFPel, disponíveis em anexos. Dessa maneira, serão obtidos indicadores para monitorar o alcance das metas no intuito de melhorar o programa Hiperdia do Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto-BA.

As ações serão desenvolvidas em quatro eixos: monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público e qualificação da prática clínica. Assim, o projeto de intervenção propõe melhorar a saúde, bem-estar e qualidade de vida dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus através de ações integrais em saúde, observando os manuais desenvolvidos pelo Ministério da Saúde para o manejo dessas doenças na Atenção Básica.

2.3.1 Ações

Relativas ao objetivo 1 - Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos;

Meta 1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

Uma vez por semana, o enfermeiro da equipe utilizará as folhas espelho e planilha de monitoramento para conferir os novos cadastrados e faltosos.

Organização e Gestão Do Serviço:

- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS;

A proposta é destinar vagas extras para o acolhimento desses pacientes. Para isso, será implantado na rotina do serviço o acolhimento e/ou atendimento da demanda espontânea. Mensalmente, os profissionais da equipe serão capacitados pelo enfermeiro para qualificar o acolhimento dos pacientes portadores de HAS.

Engajamento Público:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

Os enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde irão informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Para isso, uma vez por mês, serão promovidas palestras e busca ativa.

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente;

Através de palestras e busca ativa realizadas uma vez por mês, os enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e agentes comunitários de

saúde irão informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde;

Mensalmente, o enfermeiro capacitará os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda a área de abrangência da unidade. Para isso, será utilizado o protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério da Saúde 2013.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito;

A cada trinta dias, o enfermeiro capacitará a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Para isso, será utilizado o protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério da Saúde 2013.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde;

O enfermeiro promoverá a cada mês a capacitação da equipe sobre metodologias de educação em saúde para os hipertensos.

Meta 2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

Semanalmente, o enfermeiro da equipe fará uso das folhas espelho e planilha de monitoramento para conferir os novos cadastrados e faltosos.

Organização e Gestão Do Serviço:

- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes;

Serão destinadas vagas extras para o acolhimento de diabéticos. Para isso, será implantado na rotina do serviço o acolhimento e/ou atendimento da demanda espontânea. Mensalmente, os profissionais da equipe serão capacitados pelo enfermeiro para qualificar o acolhimento dos portadores de diabetes.

Engajamento Público:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

Os enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde irão informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Para isso, uma vez por mês, serão promovidas palestras e busca ativa.

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente;

Através de palestras e busca ativa realizadas uma vez por mês, os enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde irão informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para diabetes em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg;

Por meio de palestras e busca ativa desenvolvidas uma vez por mês, os enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde irão informar a comunidade sobre a importância do rastreamento para diabetes em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde;

Mensalmente, o enfermeiro capacitará os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda a área de abrangência da unidade. Para isso, será usado o protocolo de Diabetes Mellitus (DM), do Ministério da Saúde 2013.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg;

A cada trinta dias, o enfermeiro capacitará a equipe para realização do hemoglicoteste, incluindo uso adequado do manguito. Para isso, será adotado o protocolo de DM, do Ministério da Saúde 2013.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde;

O enfermeiro promoverá a cada mês a capacitação da equipe sobre metodologias de educação em saúde para os diabéticos.

Relativas ao objetivo 2 - Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa;

Meta 3: Buscar 70% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia);

Através da ficha espelho e da planilha de controle do Curso e a desenvolvida pela equipe, o enfermeiro e técnicos de enfermagem vão checar semanalmente se os pacientes cadastrados estão tendo suas consultas agendadas de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

Organização e Gestão Do Serviço:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos;

O monitoramento dos faltosos se dará pelo uso do prontuário, da ficha espelho e da planilha de controle do Curso e a desenvolvida pela equipe. Quinzenalmente o enfermeiro e agentes comunitários de saúde vão organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

- Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares;

Serão ampliados os turnos de atendimento para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares. Através dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados, quinzenalmente o enfermeiro realizará o monitoramento do acolhimento desses pacientes.

Engajamento Público:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas;

Uma vez por semana, o enfermeiro da equipe utilizará as folhas espelho e a planilha de monitoramento para conferir os novos cadastrados e faltosos. Além disso, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários realizarão atividades educativas para informar a comunidade sobre a importância de hipertensos realizarem consultas periódicas.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos);

Em reuniões e palestras mensais envolvendo a equipe e comunidade, os hipertensos serão incentivados a opinar, apontando problemas, soluções, enfatizando suas principais necessidades.

Qualificação da Prática Clínica:

- Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade;

Mensalmente, o enfermeiro capacitará os ACS para orientar hipertensos sobre a necessidade de realização de consultas e sua periodicidade. Para isso, será utilizado o protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério da Saúde 2013.

Meta 4: Buscar 70% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia);

Através da ficha espelho e da planilha de controle do Curso e a desenvolvida pela equipe, o enfermeiro e técnicos de enfermagem vão checar semanalmente se os pacientes cadastrados estão tendo suas consultas agendadas de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

Organização e Gestão Do Serviço:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos;

O monitoramento dos faltosos se dará pelo uso do prontuário, da ficha espelho e da planilha de controle do Curso e a desenvolvida pela equipe. Quinzenalmente o enfermeiro e agentes comunitários de saúde vão organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

- Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares;

Vão ser ampliados os turnos de atendimento para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Por meio dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados, quinzenalmente o enfermeiro realizará o monitoramento do acolhimento desses pacientes.

Engajamento Público:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas;

Uma vez por semana, o enfermeiro da equipe utilizará as folhas espelho e a planilha de monitoramento para conferir os novos cadastrados e faltosos. Além disso, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários realizarão atividades educativas para informar a comunidade sobre a importância de diabéticos realizarem consultas periódicas.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos);

Em reuniões e palestras mensais envolvendo a equipe e comunidade, os diabéticos serão incentivados a opinar, apontando problemas, soluções, enfatizando suas principais necessidades.

Qualificação da Prática Clínica:

- Treinar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade;

A cada trinta dias, o enfermeiro capacitará os ACS para orientar diabéticos sobre a necessidade de realização de consultas e sua periodicidade. Para isso, será utilizado o protocolo de Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde 2013.

Relativas ao objetivo 3 - Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;

Meta 5: Realizar exame clínico apropriado em 70% dos hipertensos.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos;

Através dos registros em prontuário, da ficha espelho, planilha de controle do Curso e a desenvolvida pela equipe, semanalmente o enfermeiro checará se está sendo realizado o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde nos hipertensos cadastrados.

Organização e Gestão do Serviço:

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde;

Mensalmente, o enfermeiro realizará capacitação da equipe de saúde, ainda assim, todos os membros dela terão acesso ao telessaúde e protocolo de atendimento impresso. As capacitações ocorrer-se-ão de acordo com o protocolo clínico do Ministério da Saúde (MS) em 2013: Hipertensão Arterial Sistêmica;

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos;

Será adotado como protocolo de atendimento, o manual de Hipertensão Arterial Sistêmica do MS de 2013; Mensalmente, o médico e/ou enfermeiro serão responsáveis por utilizá-lo para definir atribuições dos membros da equipe.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais;

Uma vez por mês, no turno vespertino, acontecerá atualização dos profissionais, incluindo médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem e agentes comunitários, etc.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde;

Será solicitado à Secretaria Municipal de Saúde que envie para a unidade o caderno da Atenção Básica referente à reorganização do atendimento aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde;

Vai ser requerido da gestão a aquisição de novos esfigmomanômetros, manguitos, estetoscópios e fitas métricas. Quando necessário, o enfermeiro da unidade realizará uma planilha requisitando insumos, equipamentos e materiais adequados para a tomada da medida da pressão arterial.

Engajamento Público:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente;

Em consultas na unidade e por meio de palestras e visitas domiciliares quinzenais, médicos e enfermeiros vão orientar hipertensos e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da

hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliados periodicamente.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado;

Uma vez por mês, o enfermeiro capacitará a equipe de saúde para a realização de exame clínico apropriado. Para isso, será utilizado o protocolo de HAS do Ministério da Saúde 2013.

Meta 6: Realizar exame clínico apropriado em 70% dos diabéticos.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos;
Ao analisar os registros em prontuário, a ficha espelho e planilha de controle do Curso e a desenvolvida pela equipe, semanalmente o enfermeiro checará se está sendo realizado o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde nos diabéticos cadastrados.

Organização e Gestão do Serviço:

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde;

Mensalmente, o enfermeiro realizará capacitação da equipe de saúde, ainda assim, todos os membros dela terão acesso ao telessaúde e protocolo de atendimento impresso. As capacitações ocorrer-se-ão de acordo com o protocolo clínico do Ministério da Saúde em 2013: Diabetes Mellitus;

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos;

A referência para o atendimento será o manual de Diabetes Mellitus (DM) do Ministério da Saúde, de 2013; Uma vez por mês, o médico e/ou enfermeiro serão responsáveis por utilizá-lo para definir atribuições dos membros da equipe.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais;

Uma vez por mês, no turno vespertino, acontecerá atualização dos profissionais, incluindo médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem e agentes comunitários, etc.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde;

Será solicitado à Secretaria Municipal de Saúde que envie para a unidade o caderno da Atenção Básica referente à reorganização do atendimento aos portadores de DM.

- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde;

Quinzenalmente, o enfermeiro da unidade avaliará os glicosímetros, quantidade de fitas de glicemia, etc. Caso seja necessário, em tempo hábil será realizada uma planilha solicitando da gestão, aquisição de insumos, equipamentos e materiais adequados para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Engajamento Público:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do Diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente;

Em consultas na unidade e por meio de palestras e visitas domiciliares quinzenais, médicos e enfermeiros vão orientar diabéticos e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliados periodicamente.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado;

Uma vez por mês, o enfermeiro capacitará a equipe de saúde para a realização de exame clínico apropriado. Para isso, será usado o protocolo de Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde 2013.

Meta 7: Garantir a 70% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde;

Por meio das anotações em prontuário, livro de registro, da ficha espelho, planilha de controle do Curso e a desenvolvida pela equipe, semanalmente o enfermeiro checará o número de hipertensos cadastrados com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada;

Através das anotações em prontuário, livro de registro, da ficha espelho, planilha de controle do Curso e a desenvolvida pela equipe, semanalmente o enfermeiro checará o número de hipertensos cadastrados com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada pelo protocolo do Ministério da Saúde.

Organização e Gestão do Serviço:

- Garantir a solicitação dos exames complementares preconizados;

Semanalmente, o enfermeiro analisará prontuários, fichas-espelho e a planilha de monitoramento para conferir se está sendo garantida a solicitação dos exames complementares aos hipertensos de acordo com o protocolo. Se precisar, será notificado ao gestor em saúde e/ou equipe sobre a necessidade de assegurar a realização dos mesmos.

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo;

Em reuniões mensais envolvendo a equipe e gestão, será requerida ampliação da oferta e agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo de hipertensão.

Engajamento Público:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Semanalmente, o enfermeiro da equipe fará vistoria nas fichas espelho e planilha de monitoramento para conferir os hipertensos cadastrados que realizaram exames complementares. Além disso, médicos, agentes comunitários e demais profissionais da unidade realizarão atividades educativas para informar a comunidade sobre a importância da realização periódica dos mesmos.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares;

Os médicos e enfermeiros vão atuar conjuntamente na solicitação de exames complementares na atenção ao hipertenso. Para isso, a conduta frente ao paciente será referenciada no protocolo de HAS do Ministério da Saúde 2013.

Meta 8: Garantir a 70% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde;

Semanalmente o enfermeiro checará o número de diabéticos cadastrados com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Para isso, serão utilizadas as anotações em prontuário, livro de registro, ficha espelho e planilha de monitoramento.

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada;

Por intermédio das anotações em prontuário, livro de registro, ficha espelho, planilha de controle do Curso e a desenvolvida pela equipe, o enfermeiro checará semanalmente o número de diabéticos cadastrados com

exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada pelo protocolo do Ministério da Saúde.

Organização e Gestão do Serviço:

- Garantir a solicitação dos exames complementares preconizados;
Semanalmente, o enfermeiro analisará prontuários, fichas-espelho e a planilha de monitoramento para conferir se está sendo garantida a solicitação dos exames complementares aos diabéticos de acordo com o protocolo. Se precisar, será notificado ao gestor em saúde e/ou equipe sobre a necessidade de assegurar a realização dos mesmos.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo;

Em reuniões mensais envolvendo a equipe e gestão, será requerida ampliação da oferta e agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo de diabetes.

Engajamento Público:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
Semanalmente, o enfermeiro fará vistoria nas fichas espelho e planilha de monitoramento para conferir os diabéticos cadastrados que realizaram exames complementares. Além disso, médicos, agentes comunitários e demais profissionais da unidade realizarão atividades educativas para informar a comunidade sobre a importância da realização periódica dos mesmos.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares;
Os médicos e enfermeiros vão atuar conjuntamente na solicitação de exames complementares na atenção ao hipertenso. Para isso, a conduta

frente ao paciente será referenciada no protocolo de HAS do Ministério da Saúde 2013.

Meta 9: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 70% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia;
Recorrendo aos registros em prontuário, ficha espelho, planilha de controle e de monitoramento, o enfermeiro realizará o monitoramento semanal do número de hipertensos cadastrados no Hiperdia com acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Organização e Gestão do Serviço:

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
Por meio de registros em prontuário, utilização da ficha espelho, ficha de acompanhamento em hiperdia e planilha de monitoramento, o enfermeiro manterá um registro mensal das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados. Além disso, será dada atenção para as receitas médicas vencidas que necessitem de renovação.

Engajamento Público:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso;
Os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários vão orientar os hipertensos e a comunidade quanto aos seus direitos em ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia;

No início da intervenção, o enfermeiro capacitará à equipe para que a mesma oriente os hipertensos sobre alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Para isso, será disponibilizada uma planilha contendo informações sobre os medicamentos disponíveis na Farmácia Popular/Hiperdia.

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão;

Uma vez por mês, os enfermeiros e médicos formarão grupos de trabalho com finalidade de atualização no tratamento da hipertensão. Para isso, será utilizado o protocolo de HAS do Ministério da Saúde 2013.

Meta 10: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 70% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia;

Recorrendo aos registros em prontuário, ficha espelho, planilha de controle e de monitoramento, o enfermeiro realizará o monitoramento semanal do número de diabéticos cadastrados no programa Hiperdia com acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Organização e Gestão do Serviço:

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos;

Através da apreciação dos prontuários e ficha espelho, semanalmente o enfermeiro checará o número de diabéticos que fazem uso regular de medicamentos. Assim, será realizado o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Serão usados os prontuários, fichas espelho e de acompanhamento em hiperdia e planilha de monitoramento. Assim, o enfermeiro manterá um registro mensal das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados. Além

disso, será dada atenção para as receitas médicas vencidas que necessitem de renovação.

Engajamento Público:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso;

Os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários vão orientar os diabéticos e a comunidade quanto aos seus direitos em ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia;

No início da intervenção, o enfermeiro capacitará à equipe para que a mesma oriente os diabéticos sobre alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Para isso, será disponibilizada uma planilha contendo informações sobre os medicamentos disponíveis na Farmácia Popular/Hiperdia.

- Realizar atualização do profissional no tratamento do diabetes;

Mensalmente, médicos e enfermeiros formarão oficinas em grupo com finalidade de atualização no tratamento do Diabetes Mellitus (DM). Para isso, será utilizado o protocolo DM do Ministério da Saúde de 2013.

Relativas ao objetivo 4 - Melhorar o registro das informações da atenção à saúde dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos;

Meta 11: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde;

Através da análise de informações em prontuários e livro de registros, o enfermeiro monitorará semanalmente a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Organização e Gestão do Serviço:

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa;

Aos gestores, serão solicitados fichas de atendimento clínico em quantidade adequada e livros de registro para armazenamento das informações. Durante as reuniões na unidade, os profissionais da equipe vão ser conscientizados com relação à importância do adequado registro dos atendimentos em prontuário. Semanalmente, o enfermeiro da equipe monitorará se está ocorrendo o registro apropriado em prontuário dos hipertensos cadastrados.

- Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB atualizadas;

Por intermédio de registros em prontuário; utilização das fichas espelho; planilha de controle do Curso e a desenvolvida pela equipe; ficha de acompanhamento de hipertensos (ficha B-HÁ) e relatório de situação e saúde das famílias (ficha SSA2), mensalmente o enfermeiro e Agentes comunitários manter-se-ão um registro das informações SIAB atualizadas em relação à atenção aos hipertensos.

- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento;

Através das planilhas de monitoramento e de coleta de dados e fichas espelho desenvolvidas pela UFPel, ocorrerá o registro específico do acompanhamento de hipertensos.

- Pactuar com a equipe o registro das informações;

Por meio de educação continuada, realizada mensalmente pelo enfermeiro na unidade, será pactuado com a equipe o registro das informações de hipertensos.

- Definir responsável pelo monitoramento registros;

O enfermeiro ficará responsável pelo monitoramento semanal dos registros de atendimento dos hipertensos no programa Hiperdia.

Engajamento Público:

- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário;

Os profissionais da unidade vão orientar os hipertensos e a comunidade sobre direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Essas informações serão prestadas em consultas e palestras.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas;

No início da intervenção, o enfermeiro capacitará à equipe para que a mesma realize o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas aos pacientes hipertensos.

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso;

Mensalmente, o enfermeiro capacitará à equipe para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso. Para isso, será utilizado o protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério da Saúde 2013.

Meta 12: Manter ficha de acompanhamento de 70% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde;

Por meio da observação de prontuários e livro de registros, o enfermeiro monitorará semanalmente a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Organização e Gestão do Serviço:

- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa;

Aos gestores, serão solicitados fichas clínicas em quantidade adequada e livros de registro para armazenamento das informações. Durante os encontros no dia-a-dia da unidade, os profissionais da equipe vão ser conscientizados com relação à importância do adequado registro dos atendimentos em prontuário. Semanalmente, o enfermeiro monitorará se está ocorrendo o registro apropriado em prontuário dos diabéticos cadastrados.

- Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB atualizadas;

Por intermédio de registros em prontuário; utilização das fichas espelho; planilha de controle do Curso e a desenvolvida pela equipe; ficha de acompanhamento de diabéticos (ficha B-DIA) e relatório de situação e saúde das famílias (ficha SSA2), mensalmente o enfermeiro e Agentes comunitários manter-se-ão um registro das informações SIAB atualizadas em relação à atenção aos diabéticos.

- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento;

Através das planilhas de monitoramento e de coleta de dados e fichas espelho desenvolvidas pela UFPel, ocorrerá o registro específico do acompanhamento de diabéticos.

- Pactuar com a equipe o registro das informações;

Por meio de educação continuada, realizada mensalmente pelo enfermeiro na unidade, será pactuado com a equipe o registro das informações de diabéticos.

- Definir responsável pelo monitoramento registros;

O enfermeiro ficará responsável pelo monitoramento semanal dos registros de atendimento dos diabéticos no programa Hiperdia.

Engajamento Público:

- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário;

Os profissionais da unidade vão orientar os diabéticos e a comunidade sobre direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Essas informações serão prestadas em consultas e palestras.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas;

No início da intervenção, o enfermeiro capacitará à equipe para que a mesma realize o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas aos pacientes diabéticos.

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do diabético;

Mensalmente, o enfermeiro capacitará a equipe para o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético. Para isso, será utilizado o protocolo de Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde 2013.

Relativas ao objetivo 5 - Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;

Meta 13: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 70% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano;

Através dos registros em prontuário, utilização da ficha espelho e planilha de controle do Curso, o enfermeiro monitorará semanalmente o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Organização e Gestão do Serviço:

- 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;

As informações dos hipertensos serão registradas em prontuários e fichas espelho específicas e planilhas de monitoramento de forma que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consultas, exames complementares, estratificação de risco, etc.

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco;

Através da estratificação do risco cardiovascular, realizada pelo médico e enfermeiro nas consultas e visitas domiciliares programadas, será priorizado o atendimento dos hipertensos de alto risco.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda;

Com relação à agenda, vai ser ampliado o número de vagas para o atendimento dos hipertensos de alto risco. Assim, médicos e enfermeiros vão organizar a agenda de atendimento para contemplar essa demanda.

Engajamento Público:

- Orientar a comunidade sobre fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Pela execução de atividades educativas, busca ativa e acolhimento, enfermeiro, cirurgião-dentista, médico, técnicos de enfermagem e agentes

comunitários de saúde irão informar a comunidade sobre fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Médicos e enfermeiros vão orientar aos pacientes nas consultas e em palestras quinzenais, esclarecendo os hipertensos e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

Em visitas domiciliares, enfermeiros e agentes comunitários de saúde vão identificar educadores, apoiadores e líderes comunitários, serão realizadas reuniões mensais com esses indivíduos para tratar de questões de promoção da saúde aos hipertensos.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis;

Mensalmente, o enfermeiro da equipe utilizará o protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério da Saúde para capacitar a equipe quanto às estratégias de controle dos fatores de risco modificáveis.

- 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;

O enfermeiro utilizará mensalmente o protocolo de hipertensão para atualizar os profissionais na estratificação do risco cardiovascular.

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação;

Uma vez por mês, o enfermeiro utilizará o protocolo de Hipertensão do Ministério da Saúde para realização de capacitação da equipe na importância do registro desta avaliação.

Meta 14: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 70% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano;

Por intermédio das informações em prontuário, utilização da ficha espelho e planilha de controle do Curso, o enfermeiro monitorará semanalmente o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Organização e Gestão do Serviço:

- 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;

As informações dos diabéticos serão registradas em prontuários e fichas espelho específicas e planilhas de monitoramento de forma que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consultas, exames complementares, estratificação de risco, etc.

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco;

Através da estratificação do risco cardiovascular, realizada pelo médico e enfermeiro nas consultas e visitas domiciliares programadas, será priorizado o atendimento dos diabéticos de alto risco.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda;

Com relação à agenda, vai ser ampliado o número de vagas para o atendimento dos diabéticos de alto risco. Assim, médicos e enfermeiros vão organizar a agenda de atendimento para contemplar essa demanda.

Engajamento Público:

- Orientar a comunidade sobre fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Pela execução de atividades educativas, busca ativa e acolhimento, enfermeiro, cirurgião-dentista, médico, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde irão informar a comunidade sobre fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Médicos e enfermeiros vão orientar aos pacientes nas consultas e em palestras quinzenais, esclarecendo os diabéticos e comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

Em visitas domiciliares, enfermeiros e agentes comunitários de saúde vão identificar educadores, apoiadores e líderes comunitários, serão realizadas reuniões mensais com esses indivíduos para tratar de questões de promoção da saúde aos diabéticos.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis;

Mensalmente, o enfermeiro da equipe utilizará o protocolo do Ministério da Saúde de Diabetes Mellitus para capacitar a equipe quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

- 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;

O enfermeiro da equipe utilizará o protocolo do Ministério da Saúde de Diabetes Mellitus para atualização mensal dos profissionais na estratificação do risco cardiovascular.

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação;

Uma vez por mês, o enfermeiro utilizará o protocolo do Ministério da Saúde de Diabetes Mellitus para realização de capacitação dos profissionais da equipe na importância do registro desta avaliação.

Relativas ao objetivo 6 - Desenvolver atividades de promoção da saúde aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos;

Meta 15: Garantir avaliação odontológica a 70% dos pacientes hipertensos.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista;

Por intermédio das fichas de atendimento em saúde bucal, utilização da ficha espelho, planilha de controle do Curso e a desenvolvida pela equipe, semanalmente o enfermeiro e auxiliar de consultório dentário vão monitorar o número de hipertensos com realização de consultas periódicas anuais com o dentista;

Organização e Gestão do Serviço:

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso;

O dentista e enfermeiro realizarão atividades educativas na área da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso. Com apoio da odontomóvel, os mesmos serão avaliados pelo cirurgião-dentista.

- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico;

Reunir com os dentistas e discutir a possibilidade em estabelecer prioridades de atendimento aos hipertensos considerando a classificação do risco odontológico.

- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para pacientes hipertensos e/ou diabéticos;

Em reunião de equipe e gestão, será solicitada realização de mutirões em saúde bucal para atender aos hipertensos.

Engajamento Público:

- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Durante as visitas domiciliares, enfermeiros e agentes comunitários de saúde vão identificar apoiadores, líderes comunitários. Serão estabelecidas reuniões mensais com esses indivíduos para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização de vagas para hipertensos em atendimento com dentista.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso;

Solicitar que o dentista capacite mensalmente os médicos e enfermeiros para avaliação e tratamento do paciente hipertenso.

Meta 16: Garantir avaliação odontológica a 70% dos pacientes diabéticos.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista;

Através das fichas de atendimento em saúde bucal, utilização da ficha espelho, planilha de controle do Curso e a desenvolvida pela equipe, semanalmente o enfermeiro e auxiliar de consultório dentário vão monitorar o número de diabéticos com realização de consultas periódicas anuais com o dentista;

Organização e Gestão do Serviço:

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao diabético;

Atuar com o dentista na realização de atividades educativas em atenção à saúde bucal para os diabéticos. Com apoio da odontomóvel, os diabéticos serão avaliados pelo cirurgião-dentista.

- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico;

Reunir com os dentistas e discutir a possibilidade em estabelecer prioridades de atendimento aos diabéticos considerando a classificação do risco odontológico.

- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para pacientes hipertensos e/ou diabéticos;

Em reunião de equipe e gestão, será solicitada realização de mutirões em saúde bucal para atender aos diabéticos.

Engajamento Público:

- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Durante as visitas domiciliares, enfermeiros e agentes comunitários de saúde vão identificar apoiadores, líderes comunitários. Serão estabelecidas reuniões mensais com esses indivíduos para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização de vagas para diabéticos em atendimento com dentista.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente diabético;

Solicitar que o dentista capacite mensalmente os médicos e enfermeiros para avaliação e tratamento do paciente diabético.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 70% dos hipertensos.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos;

Por intermédio das informações em prontuário, utilização da ficha espelho, planilha de controle do Curso e a desenvolvida pela equipe, o enfermeiro irá monitorar semanalmente o número de pacientes hipertensos que receberam orientação nutricional;

Organização e Gestão do Serviço:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável;

O enfermeiro, agente comunitário, médico e demais profissionais irão mensalmente organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável aos hipertensos nos espaços da unidade.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade;

O enfermeiro agente comunitário, médico e outros profissionais da unidade solicitarão da gestão o estabelecimento de parcerias institucionais para envolver nutricionistas nestas atividades.

Engajamento Público:

- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Através da ficha espelho, planilha de controle do Curso e a desenvolvida pela equipe, o enfermeiro checará semanalmente se os pacientes cadastrados estão recebendo nas consultas orientações sobre alimentação saudável.

Os agentes comunitários, em visita mensal, realizarão orientação aos hipertensos e família. Na mesma periodicidade, o enfermeiro, médico e nutricionista farão atividades de educação em saúde com hipertensos e familiares.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável;

No início da intervenção, o enfermeiro capacitará os técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários e demais membros da unidade sobre práticas de alimentação saudável na atenção ao hipertenso.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 70% dos diabéticos.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos;

O enfermeiro realizará análise de prontuários, fichas espelho, planilha de controle do Curso e a desenvolvida pela equipe para monitorar semanalmente o número de pacientes diabéticos que receberam orientação nutricional;

Organização e Gestão do Serviço:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável;

O enfermeiro, agente comunitário, médico e demais profissionais irão mensalmente organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável aos diabéticos nos espaços da unidade.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade;

O enfermeiro, agente comunitário, médico e outros profissionais da unidade solicitarão da gestão o estabelecimento de parcerias institucionais para envolver nutricionistas nestas atividades.

Engajamento Público:

- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Serão analisadas as fichas espelho, planilhas de controle do Curso e a desenvolvida pela equipe, assim, o enfermeiro checará semanalmente se os

diabéticos cadastrados estão recebendo nas consultas orientações sobre alimentação saudável.

Os agentes comunitários, em visita mensal, realizarão orientação aos diabéticos e família. Na mesma periodicidade, o enfermeiro, médico e nutricionista desenvolverão atividades de educação em saúde com diabéticos e familiares.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável;

No início da intervenção, o enfermeiro capacitará os técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários e demais membros da unidade sobre práticas de alimentação saudável na atenção ao diabético.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 70% dos pacientes hipertensos.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos;

Através dos registros em prontuário, utilização da ficha espelho, planilha de controle do Curso e a desenvolvida pela equipe, o enfermeiro monitorará semanalmente o número de pacientes hipertensos que receberam orientação para atividade física regular.

Organização e Gestão do Serviço:

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física;

Mensalmente, professor de educação física, enfermeiro, médico, cirurgião-dentista, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde irão organizar práticas coletivas sobre atividade física com hipertensos nos espaços da unidade ou na comunidade.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade;

Em reuniões na unidade, será abordada a importância do educador físico na saúde dos hipertensos, assim, a equipe demandará junto ao gestor parcerias para envolver esse profissional no acompanhamento desses pacientes.

Engajamento Público:

- Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Através da ficha espelho e da planilha de controle do Curso, bem como a desenvolvida pela equipe, semanalmente o enfermeiro checará se os hipertensos cadastrados estão recebendo nas consultas as orientações sobre atividade física regular. Nos atendimentos, mutirões de saúde e visitas domiciliares, o enfermeiro, médico e educador físico farão educação em saúde com os hipertensos e comunidade.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular;

A cada trinta dias, o enfermeiro da unidade capacitará a equipe sobre promoção de atividade física regular de acordo com o protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério da Saúde 2013.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 70% dos pacientes diabéticos.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos;

Por intermédio da análise em prontuários, fichas espelho e planilha de controle do Curso, o enfermeiro monitorará semanalmente o número de pacientes diabéticos que receberam orientação para atividade física regular.

Organização e Gestão do Serviço:

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física;

Mensalmente, professor de educação física, enfermeiro, médico, cirurgião-dentista, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde irão organizar práticas coletivas sobre atividade física com diabéticos nos espaços da unidade ou na comunidade.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade;

Em reuniões na unidade, será abordada a importância do educador físico na saúde dos diabéticos, assim, a equipe demandará junto ao gestor parcerias para envolver esse profissional no acompanhamento desses pacientes.

Engajamento Público:

- Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Serão analisadas as ficha espelho, planilhas de controle do Curso e a desenvolvida pela equipe, dessa forma, o enfermeiro checará semanalmente se os diabéticos cadastrados estão recebendo nas consultas orientações sobre atividade física regular.

Durante as consultas, visitas domiciliares e encontros mensais, o enfermeiro, médico e educador físico promover-se-ão palestras com os diabéticos e comunidade.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular;

A cada trinta dias, o enfermeiro da unidade capacitará a equipe sobre promoção de atividade física regular de acordo com o protocolo de Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde 2013.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 70% dos pacientes hipertensos.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos;

Serão observados os registros em prontuários, ficha espelho, planilha de controle do Curso e a desenvolvida pela equipe, o enfermeiro irá monitorar semanalmente o número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre riscos do tabagismo.

Organização e Gestão do Serviço:

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo";

Através da análise de prontuários, fichas espelho e planilhas de monitoramento, o enfermeiro realizará o levantamento de dados semanais da quantidade de hipertensos fumantes. Será demandado junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do tabagismo.

Engajamento Público:

- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Através da ficha espelho e das planilhas de controle do Curso e a desenvolvida pela equipe, o enfermeiro checará semanalmente se os hipertensos cadastrados estão recebendo nas consultas orientações sobre abandono do tabagismo.

Durante as consultas, visitas domiciliares e em palestras mensais, o enfermeiro prestará orientações para os hipertensos sobre o abandono do tabagismo.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas;

Mensalmente, o enfermeiro capacitará a equipe para o tratamento de hipertensos tabagistas.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 70% dos pacientes diabéticos.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos;
Serão analisados os registros em prontuários, ficha espelho, planilha de controle do Curso e a desenvolvida pela equipe, realizará o monitoramento semanal do número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre riscos do tabagismo.

Organização e Gestão do Serviço:

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo";
Através da análise de prontuários, fichas espelho e planilhas de monitoramento, o enfermeiro realizará o levantamento de dados semanais da quantidade de diabéticos fumantes. Será demandado junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do tabagismo.

Engajamento Público:

- Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
Serão utilizadas as fichas espelho e planilhas de controle do Curso e a desenvolvida pela equipe, assim, uma vez por semana o enfermeiro avaliará se os diabéticos cadastrados estão recebendo nas consultas as orientações sobre abandono do tabagismo.

Nos atendimentos, visitas domiciliares e palestras mensais, o enfermeiro vai orientar os diabéticos sobre o tratamento do tabagismo.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas;

Mensalmente, o enfermeiro capacitará a equipe para o tratamento de diabéticos tabagistas.

2.3.2 Indicadores

Meta 1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Numerador - Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador - Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3: Buscar 70% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: - Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

Denominador: - Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 4: Buscar 70% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 5: Realizar exame clínico apropriado em 70% dos hipertensos.

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta 6: Realizar exame clínico apropriado em 70% dos diabéticos.

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta 7: Garantir a 70% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

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

Meta 8: Garantir a 70% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

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

Meta 9: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 70% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 10: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 70% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 11: Manter ficha de acompanhamento de 70% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Meta 12: Manter ficha de acompanhamento de 70% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Meta 13: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 70% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Meta 14: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 70% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Meta 15: Garantir avaliação odontológica a 70% dos pacientes hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 16: Garantir avaliação odontológica a 70% dos pacientes diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 70% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 70% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 70% dos pacientes hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 70% dos pacientes diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 70% dos pacientes hipertensos.

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

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 70% dos pacientes diabéticos.

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

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa Hiperdia serão adotados os manuais técnicos de 2013 do Ministério da Saúde de Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2013) e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013), além do registro em prontuário e monitoramento da atenção aos portadores dessas doenças. Esses instrumentos

servirão de base para a elaboração da logística que vai estruturar a atuação na ação programática Hiperdia.

Para implementar a intervenção, a equipe vai ser capacitada nesses manuais. Na etapa seguinte, será estabelecido contato com líderes comunitários, diretores de escolas e sindicatos, sobretudo pelo intermédio do agente comunitário de saúde. Assim, a proposta é esclarecer o projeto de intervenção e solicitar apoio na execução do mesmo.

Em relação à organização e gestão do serviço, vão ser realizadas reuniões com participações da equipe, gestão e representantes dos usuários para tratar de assuntos ligados ao funcionamento do programa na unidade, etc.

O monitoramento e avaliação do programa Hiperdia está associado ao resultado das ações desenvolvidas, incluindo o rastreamento de novos pacientes, bem como prevenção de novos casos através de educação em saúde. Este entendimento pode se dar por atividades voltadas para o auto-cuidado e o trabalho em grupos de pacientes e equipe de saúde pode ser útil por propiciar troca de informações, favorecer esclarecimento de dúvidas e atenuar ansiedades, pela convivência com problemas semelhantes (BRASIL, 2006).

Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados. O prontuário do paciente e ficha espelho será usado para o registro de ações, monitoramento e cálculo dos indicadores. Inicialmente, estima-se alcançar com a intervenção 812 hipertensos e 132 diabéticos.

O livro de anotações será revisado para que seja organizado o registro específico do programa Hiperdia, identificando os pacientes que estão sendo acompanhados de forma adequada e àqueles faltosos e/ou com pendências. Ainda assim, as informações dos prontuários serão transcritas para a ficha complementar.

A análise situacional e a definição de um foco para intervenção será discutida entre equipe e lideranças comunitárias. As capacitações de equipe ocorrer-se-ão no auditório da prefeitura ou na unidade, para isso, serão reservadas 2 horas do final do expediente.

Pretende-se melhorar o acolhimento, assim, os funcionários da recepção serão instruídos a encaminharem os pacientes da demanda espontânea aos enfermeiros ou outros profissionais, para que seja avaliada a situação em cada caso. Para as intercorrências, os pacientes receberão o primeiro atendimento e, quando preciso, serão encaminhados para o hospital municipal.

Uma das ações propostas é a busca ativa por pacientes faltosos e indivíduos que têm a doença e ainda não sabem. Para tornar essa etapa viável, os agentes comunitários serão capacitados para identificar grupos de risco e encaminhar esses indivíduos para unidade de saúde. Assim, os técnicos e auxiliares de enfermagem realizarão a aferição da pressão arterial e glicemia capilar, melhorando assim as ferramentas de rastreamento e diagnóstico.

A equipe adotará um olhar vigilante para inicialmente captar dentre as pessoas que cheguem à unidade por motivos diversos, aquelas mais propensas a desenvolver hipertensão e/ou diabetes. Será elaborado um esquema de acolhimento à demanda espontânea, incluindo usuários que apresentem maior risco de desenvolver essas doenças. Além disso, propõe-se aumentar o número de visitas domiciliares e realizar consultas na zona rural do município.

Para viabilizar uma das etapas do atendimento em saúde bucal, será realizada uma abordagem coletiva, com atividades de educação em saúde para que os pacientes do Hiperdia tenham maior cuidado com a saúde da boca e dentes. De forma organizada, a própria equipe poderá ir agendando individualmente os pacientes para as consultas com o cirurgião-dentista. Somado a isso, a Secretaria de Saúde dispõe de uma unidade odontomóvel que permitirá a realização de consultas na zona rural.

Nas consultas de Hiperdia, os pacientes recebem informações necessárias para adoção de hábitos saudáveis de vida, incluindo orientação nutricional, controle do peso, atividade física e lazer. Em parcerias intersetorias, serão convidados nutricionistas e professores de educação física para realização de atividades coletivas.

A maioria dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos tem acesso a fármacos encontrados na farmácia básica do município e em outras cadastradas no programa “Saúde Não Tem Preço” do Governo Federal.

As ações da intervenção no programa Hiperdia no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga serão iniciadas a partir da segunda metade do mês de setembro de 2013. Dessa forma, espera-se reorganizar a assistência ao portador de hipertensão e/ou diabetes na unidade.

2.3.4 Cronograma

Atividades	Semanas															
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação da equipe nos protocolos de Hipertensão e Diabetes	X			X			X				X				X	
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	X			X			X				X				X	
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa	X			X			X				X				X	
Contato com lideranças comunitárias		X	X		X	X										
Atendimento clínico dos Hipertensos e/ou Diabéticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupo de Hiperdia		X		X				X				X				X
Busca ativa de faltosos às consultas		X	X		X	X		X	X	X		X	X	X		X
Monitoramento da intervenção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião de equipe		X			X			X				X				X
Atendimento na Zona Rural				X		X			X		X		X			X
Análise de prontuários	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atividade educativa em sala de espera			X		X			X		X			X		X	
Palestras na comunidade	X			X			X			X		X		X		
Rastreamento das pessoas-alvo que chegam à unidade por motivos diversos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atendimento à demanda espontânea		X	X		X	X	X		X	X	X		X		X	
Divulgar o programa na comunidade	X		X		X		X	X		X		X		X		X
Visita domiciliar		X			X			X			X			X		X

3 Relatório da Intervenção

Este é um relatório das atividades desenvolvidas no projeto de intervenção *Melhoria da Atenção à Saúde aos Adultos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus adstritos no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto-BA*. Foram efetuadas ações dentro de quatro eixos: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; qualificação da prática clínica e engajamento público.

O projeto foi desenvolvido em 16 semanas, no período entre 20/09/2013 a 23/01/2014. Nessa etapa, foram realizadas consultas clínicas para o atendimento do público-alvo, observando os protocolos do Ministério da Saúde (2013) para Hipertensão e Diabetes. Além disso, ocorreram ações de rastreamento de novos pacientes, busca ativa dos faltosos, contato com líderes comunitários, estímulo à formação de grupos de hiperdia, reuniões, capacitação dos profissionais da unidade e atividades de educação em saúde, etc.

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

As capacitações da equipe nos protocolos de hipertensão e diabetes de 2013 do Ministério da Saúde foram ações sucedidas de maneira integral. As principais dificuldades foram encontrar data e horário que contemplassem a todos sem comprometer a rotina de atendimento. A boa adesão dos profissionais contribuiu para o alcance desse objetivo.

A conduta de informar a comunidade sobre a existência do programa Hiperdia e os fatores de risco para hipertensão e diabetes foi uma atividade cumprida integralmente. Isso se deu pela capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS). Os obstáculos foram convencer portadores assintomáticos a aderir ao programa.

Foi realizada de maneira íntegra a atualização dos profissionais em metodologias de educação em saúde. Aliado a isso, as palestras ocorreram de modo contínuo. Nesse sentido, foram envolvidos os médicos, dentistas, enfermeiros

e agentes comunitários de saúde em parceria com alunos de um curso técnico de enfermagem. As dificuldades foram melhorar a adesão dos mesmos ao planejamento e execução de tais atividades.

Treinar a equipe para aferir a pressão e realizar hemoglicoteste da maneira adequada foi uma ação cumprida integralmente. Entre as dificuldades surgidas, citam-se os atrasos da gestão na reposição dos insumos e equipamentos solicitados, tais como fitas de glicemia e novos medidores de pressão.

O monitoramento semanal de pacientes cadastrados no programa Hiperdia foi realizado de maneira integral. Nesse processo, foram avaliados aqueles com consultas em dia e em atraso. Dentre as dificuldades encontradas, citam-se o elevado número de pacientes, eventuais desaparecimentos de prontuários e defeitos em planilhas de monitoramento. As facilidades para execução dessa ação foram atribuídas ao uso de notebook pessoal e fichas espelho.

A capacitação dos ACS para cadastrar e orientar hipertensos e diabéticos a realizar consultas com periodicidade recomendada foi uma ação desenvolvida integralmente. Aliado a isso, a organização de visitas domiciliares para a busca ativa de faltosos foi feita de maneira completa, contudo, no decorrer da intervenção, duas microáreas ficaram sem cobertura de agente. Isso ocasionou pequenos entraves e atrasos na localização de famílias.

A definição de cada profissional nas ações de efetuar e monitorar a realização de exames clínico e complementar e estratificação do risco cardiovascular em pacientes do Hiperdia se desenvolveu de maneira integral.

A intervenção contou com a participação de representantes de associações e instituição de ensino. Essas parcerias foram cumpridas de maneira integral. As dificuldades foram o pouco tempo para organizar atividades na extensa área de abrangência da unidade.

Em reuniões com a gestão, foi conseguido a colaboração de nutricionista e professor de educação física nas atividades de promoção da saúde. As atividades de orientação sobre alimentação saudável, atividade física e abandono do tabagismo foram cumpridas de maneira integral, tendo como facilidade a adesão da comunidade.

Os hipertensos e diabéticos foram orientados quanto os seus direitos de adquirir os remédios gratuitamente. Outra ação cumprida de maneira integral foi o registro das necessidades de medicamentos dos mesmos, isso foi conseguido com

as informações dos prontuários e fichas-espelho. Uma das dificuldades estiveram relacionadas às eventuais faltas de medicamentos na farmácia básica do município.

O Sistema de Informação da Atenção Básica foi atualizado mensalmente. Essa ação foi cumprida de maneira integral, contudo os desafios foram obter informações das duas microáreas que ficaram descobertas de agentes comunitários de saúde.

Em relação às atividades realizadas de maneira parcial, citam-se a ação de reunir equipe e gestores para discutir a ampliação da oferta e agilidade dos exames complementares definidos em protocolo. Uma das dificuldades foram eventuais faltas de reagentes e/ou problemas na manutenção dos equipamentos do laboratório.

A priorização do atendimento aos pacientes de alto risco aconteceu de forma parcial, visto que, o quadro de médicos foi reduzido e se tornou insuficiente para o atendimento da demanda.

O desenvolvimento de palestras e encontros entre equipe e comunidade para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes foi uma ação cumprida de forma parcial. Entre as facilidades encontradas, destaca-se a atuação do agente de saúde na mobilização da comunidade. Já os obstáculos foram à distância entre população e unidade de saúde.

Os pacientes foram encaminhados aos dentistas para avaliação odontológica. No entanto, defeitos na cadeira odontológica prejudicaram a complementação integral dessa ação. Vale ressaltar que a ação de mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores a garantia de disponibilização de atendimento com dentista ocorreu de forma parcial.

A garantia dos registros das informações dos pacientes em prontuário foi uma ação parcialmente cumprida. Uma das entraves encontrados foi o desaparecimento de prontuários, sendo necessária a emissão de segundas vias.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

Durante a intervenção, um endocrinologista, dois clínicos gerais e dois enfermeiros realizavam o atendimento de hipertensos e diabéticos, facilitando o acolhimento à demanda espontânea. Contudo, por volta do terceiro mês, ocorreu o

desligamento do endocrinologista e de um clínico. Isso se constituiu num entrave para a ampliação do número de vagas no Hiperdia.

Através da análise de prontuários, fichas espelho e planilhas de monitoramento, foi realizado o levantamento de dados da quantidade de pacientes fumantes, os mesmos receberam orientação e foram encaminhados ao psiquiatra. Contudo, não foi demandada junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do tabagismo.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

Uma das principais dificuldades foi relacionada ao imenso número de pacientes para serem monitorados. As fichas espelho foram preenchidas pelos enfermeiros, tendo por base as anotações em prontuários.

Outro grande desafio era organizar o tempo para executar várias atividades relacionadas ao monitoramento, coleta e sistematização dos dados, visto que, essa função se deu exclusivamente pelo enfermeiro, devido o comprometimento e utilização de computador pessoal. Atualmente, a unidade está sem esse recurso tecnológico.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

A intervenção foi incorporada à rotina da unidade, contudo, é necessário que a gestão adote políticas para reduzir a rotatividade profissional e garantir o fornecimento em tempo hábil dos equipamentos e materiais necessários ao funcionamento do programa.

Os membros do Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga estão mais integrados com a comunidade, tendo em vista a melhoria dos serviços ofertados aos hipertensos e diabéticos. Assim, está ocorrendo continuidade de educação continuada e em saúde, rastreamento de pacientes novos, busca ativa de faltosos e atendimento referenciado por protocolos.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da “Melhoria da atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus adstritos no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – Bahia”. Ao longo dos quatro meses da intervenção, foram acompanhados 900 hipertensos e 150 diabéticos na área adstrita à unidade.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos;

Meta 1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

A Figura 1 mostra os dados referentes à cobertura aos hipertensos no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga (CSCAV) nos quatro meses da intervenção. No primeiro mês, a proporção era (397) 49,6%, no segundo mês a mesma subiu para (426) 53,2%. No terceiro mês continuou crescendo, chegando a (597) 74,5% e, ao fim do quarto mês o índice de cobertura alcançou (659) 82,3%.

Os membros da equipe contribuíram na ampliação da cobertura, contudo, os enfermeiros e agentes comunitários de saúde foram os principais personagens envolvidos na incorporação de estratégias de rastreamento e busca ativa. Tais medidas foram observadas de maneira positiva, sendo incorporadas na rotina da unidade.

As principais dificuldades para que o número não chegasse a 100% foram relacionadas à distância entre unidade e comunidade, rotatividade de profissionais, número insuficiente de vagas para pacientes novos em consulta médica.

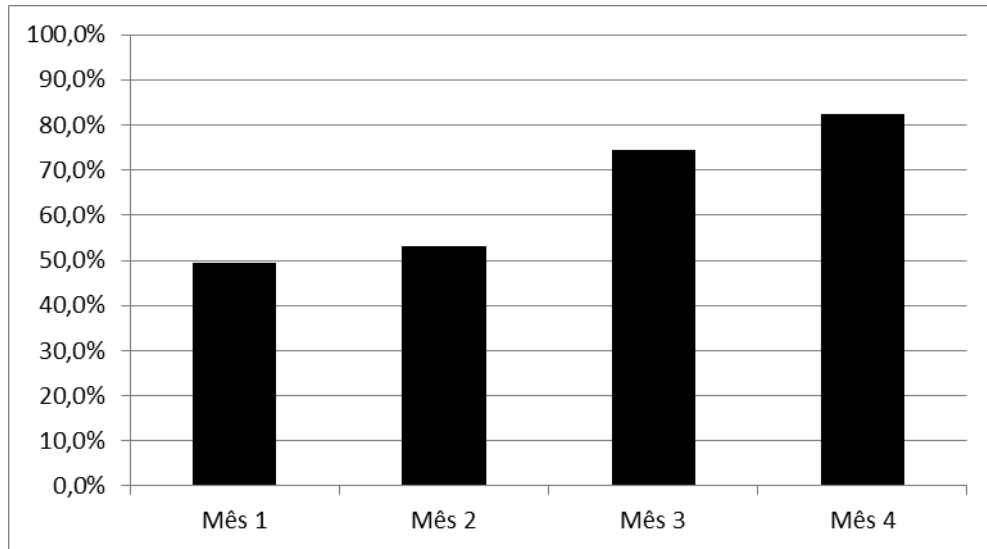


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto - BA.

Meta 2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

A Figura 2 informa o crescimento da proporção de cobertura aos diabéticos, chegando à margem de (44) 32,8% no primeiro mês, valor que subiu para (55) 41% no segundo mês e chegou ao terceiro com o índice de (60) 44,8%. No fim da intervenção o percentual alcançou (67) 50,0%.

O trabalho efetuado para ampliar a cobertura da atenção aos diabéticos foi o mesmo desenvolvido para com os hipertensos. Nesse sentido, houve participação de técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, etc.

Uma das ações que mais auxiliou na ampliação da cobertura do programa Hiperdia foi o rastreamento de pacientes novos, atendimento à demanda espontânea e capacitação dos agentes comunitários de saúde para identificar pessoas com fatores de risco.

Os obstáculos para que o número não chegasse a meta de 70% foram relacionados à distância entre unidade e comunidade, rotatividade dos membros da equipe, insuficiência de vagas para pacientes em consulta com endocrinologista, único profissional autorizado pela gestão à realizar o atendimento dos diabéticos.

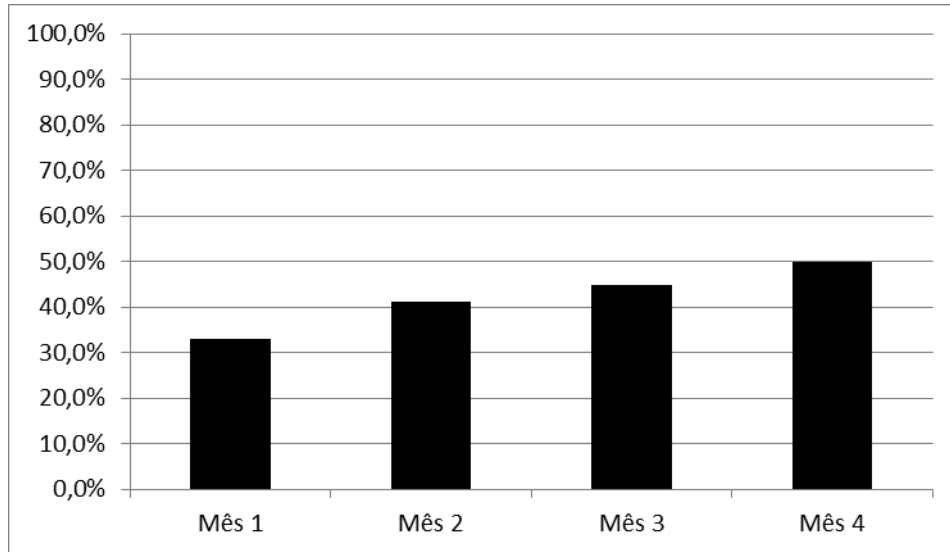


Figura 2 – Cobertura do programa de atenção ao diabético no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto - BA.

Objetivo 2: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa;

Meta 3: Buscar 70% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Em relação aos valores absolutos, a busca ativa de hipertensos faltosos antes da intervenção era de (130) 16%. No entanto, a Figura 3 mostra que ao primeiro mês da mesma, a proporção de busca subiu para (45) 93,8% dos 48 faltosos, no segundo mês atingiu a marca de (80) 98,8% dos 81 faltosos. No terceiro mês foi de (90) 96,8% dos 93 faltosos. Ao fim do quarto mês o índice de cobertura foi (94) 97,9% dos 96 que não estavam com as consultas em dia.

A capacitação da equipe, sobretudo dos agentes comunitários de saúde foi fundamental para melhorar a busca ativa dos hipertensos faltosos às consultas. Os enfermeiros analisavam os pacientes cadastrados que estavam faltosos e solicitava aos agentes de saúde que encaminhassem os mesmos à unidade.

A proporção de busca de hipertensos não chegou a 100% visto que alguns pacientes não foram localizados e/ou apresentaram resistência ao programa.

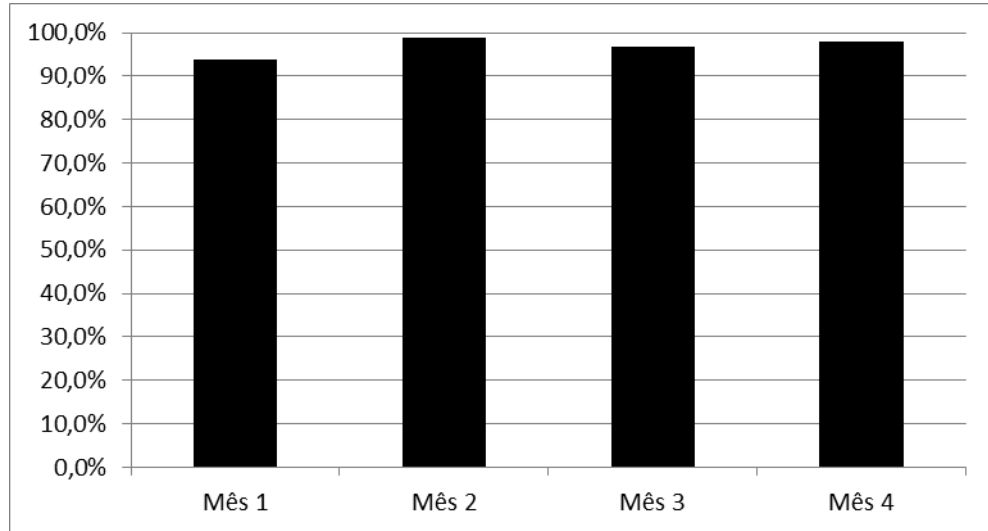


Figura 3- Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto - BA.

Meta 4: Buscar 70% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Do grupo hiperdia, os diabéticos eram os mais faltosos, um das causas desse problema estava relacionado à dificuldade dos mesmos em conseguir vagas com endocrinologista, visto que, por uma questão da gestão local, eles eram atendidos exclusivamente por esse especialista. Vale ressaltar que o Ministério da Saúde autoriza o clínico geral e o enfermeiro a realizar o atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos na Atenção Básica.

Antes da intercessão no programa Hiperdia, a proporção de busca ativa de diabéticos faltosos era de (32) 24,24%. Contudo, no primeiro mês de intervenção o índice foi de (05) 100%; no segundo mês a proporção se manteve em (26) 100%, mesmo fato ocorreu no terceiro e quarto mês, com proporção de (27) 100% e (15) 100% de busca.

Dentre as medidas que possibilitaram a busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos, destaca-se a realização de visitas domiciliares e parcerias com os agentes comunitários. Nesse processo, uma das principais dificuldades foi convencer os faltosos a retornar o programa, visto que, muitos não apresentavam sintomas e por isso não queriam tomar medicamentos. Outros queriam fazer uso apenas de ervas e/ou rituais religiosos para o tratamento. E, para fortalecer o acompanhamento regular, a busca ativa desses pacientes foi incorporada à rotina da unidade.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;

Meta 5: Realizar exame clínico apropriado em 70% dos hipertensos.

Antes da intervenção, a proporção de hipertensos com exame clínico em dia era de (390) 48%. No entanto, no primeiro mês da intervenção, a proporção dos hipertensos acompanhados com exame clínico em dia subiu para (370) 93,2%. No segundo mês o percentual foi elevado para (412) 96,7%, no terceiro mês o índice foi (581) 97,3%, alcançado no quarto mês a marca de (659)100%. Esses dados podem ser visualizados na Figura 4.

Médicos e enfermeiros eram os principais responsáveis por realizar o exame clínico em hipertensos. Nesse sentido, não houve dificuldades nessa ação, assim, o exame clínico apropriado conforme manual específico foi incorporado à rotina de atendimento aos hipertensos da unidade.

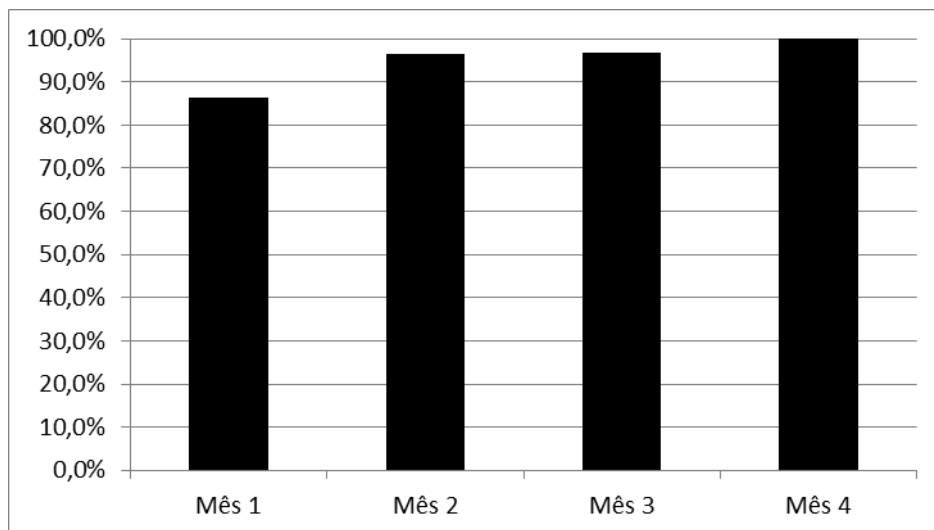


Figura 4- Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto - BA.

Meta 6: Realizar exame clínico apropriado em 70% dos diabéticos.

Em relação ao exame clínico em dia no diabético, antes da intervenção, essa proporção era de (60) 45,45%. A Figura 5 mostra o crescimento da proporção de diabéticos com exame clínico em dia. No primeiro mês, o índice subiu para (38) 86,4%, no segundo mês continuou crescendo, alcançando (53) 96,4%. No terceiro mês foi de (58) 96,7%, chegando a (67) 100% no quarto mês da intervenção.

O endocrinologista era a responsável por realizar o exame clínico em diabéticos. A principal dificuldade foi convencer a gestão que esse especialista

difícilmente conseguiria atender à demanda de todo o município. Essa situação foi alterada no decorrer da intervenção. Dessa maneira, o clínico e enfermeiros passaram a atender os diabéticos e realizar o exame clínico apropriado nos mesmos. Essa conduta foi incorporada à rotina de atendimento aos diabéticos da unidade.

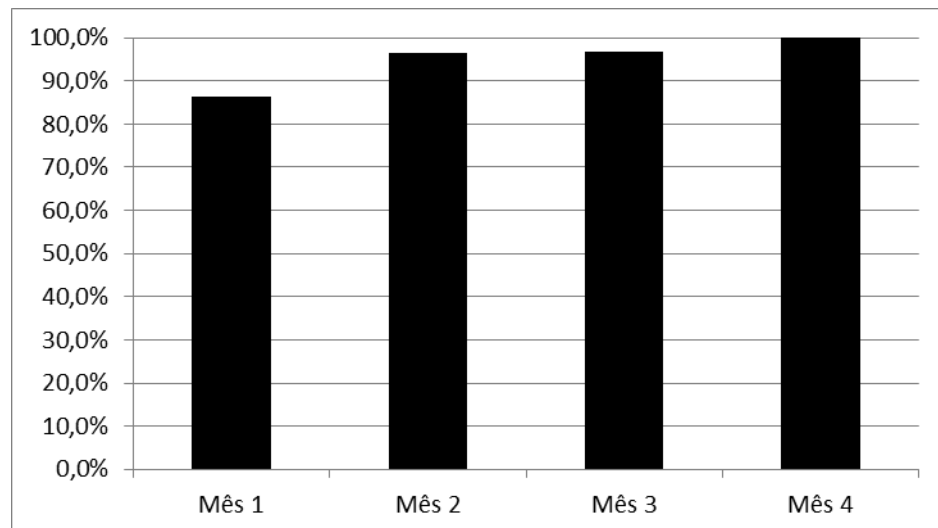


Figura 5 – Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto - BA.

Meta 7: Garantir a 70% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Antes da intervenção, a proporção de hipertensos com exames complementares em dia era de (395) 48,64%. Entretanto, como é mostrado na Figura 6, no primeiro mês da intervenção, a proporção desses pacientes com exames complementares em dia foi de (210) 52,9%, no segundo mês a proporção cresceu para (345) 81,0%, no terceiro mês o índice também continuou crescendo até atingir (524) 87,8%, se mantendo em (613) 93,0% no quarto mês de intervenção.

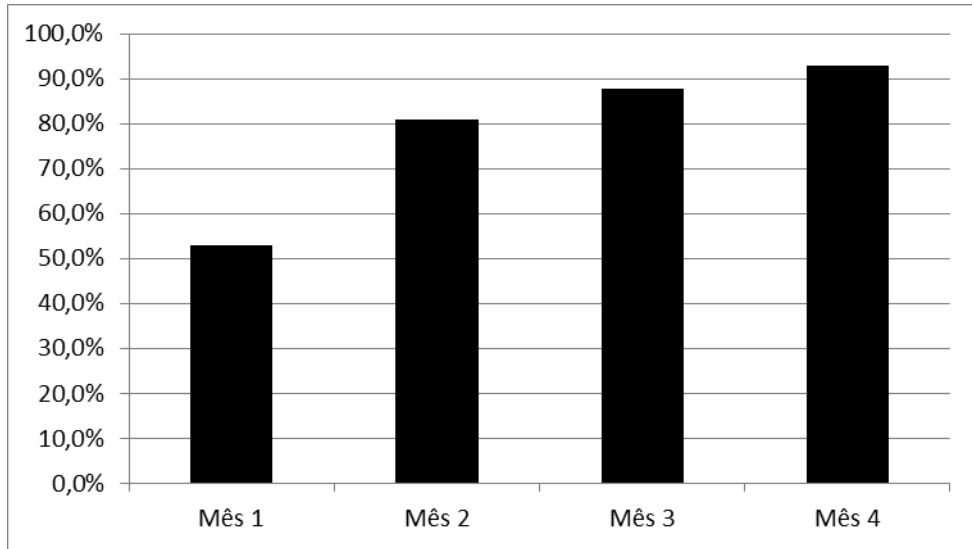


Figura 6 – Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo no Centro de Saúde no Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto - BA.

Foram solicitados exames complementares para hipertensos de acordo com os protocolos incorporados à rotina da unidade, contudo, alguns contra-tempos estão relacionados na logística, ocorrendo demora na marcação, execução e entrega dos resultados. Além disso, existem hipertensos que por motivos de falta de interesse, dentre outros, não realizam os exames complementares e/ou encaminhamentos que foram solicitados em consulta médica e de enfermagem.

Meta 8: Garantir a 70% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No período anterior à implementação do projeto, a proporção de diabéticos com os exames complementares em dia era de (65) 49,24%. Porém, a Figura 7 nos informa que no primeiro mês da intervenção, essa proporção aumentou para (23) 52,3%, no segundo mês, o crescimento desse índice chegou à (43) 78,2%, com pequeno recuo no terceiro mês para (44) 73,3%. Ao final do quarto mês, a proporção de diabéticos com exames complementares em dia alcançou a margem de (63) 94,0%.

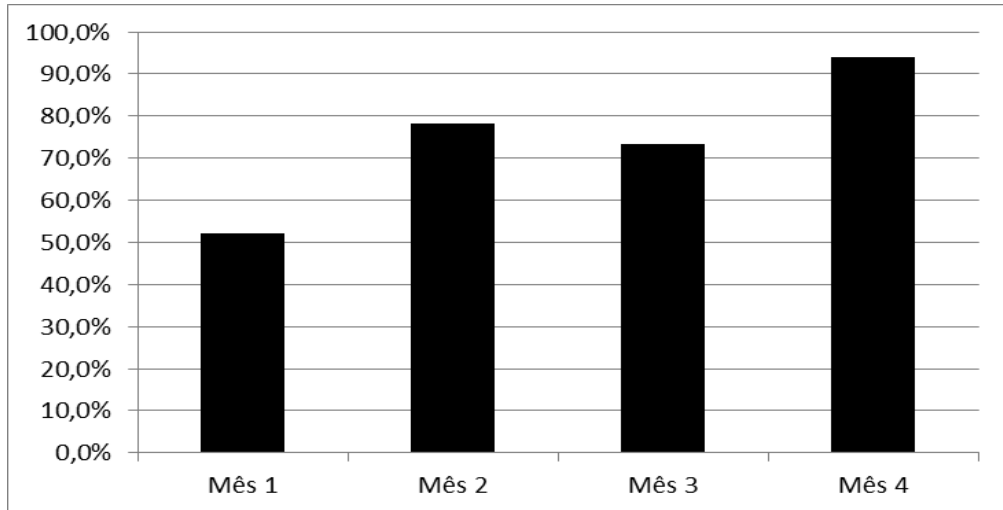


Figura 7 – Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto - BA.

Meta 10: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 70% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Antes da intervenção, a proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia era de (500) 61,57%. Com o advento da intervenção, no primeiro mês a proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular subiu para (324) 82,2%, no segundo mês manteve o mesmo índice (372) 82,2%, aumentando para (537) 89,5% no terceiro mês. Já no último mês da intervenção, a proporção alcançou a marca de (637) 97,3%, conforme pode ser visualizado na Figura 8.

Essa proporção não chegou a 100% por que alguns pacientes necessitam de remédios manipulados.

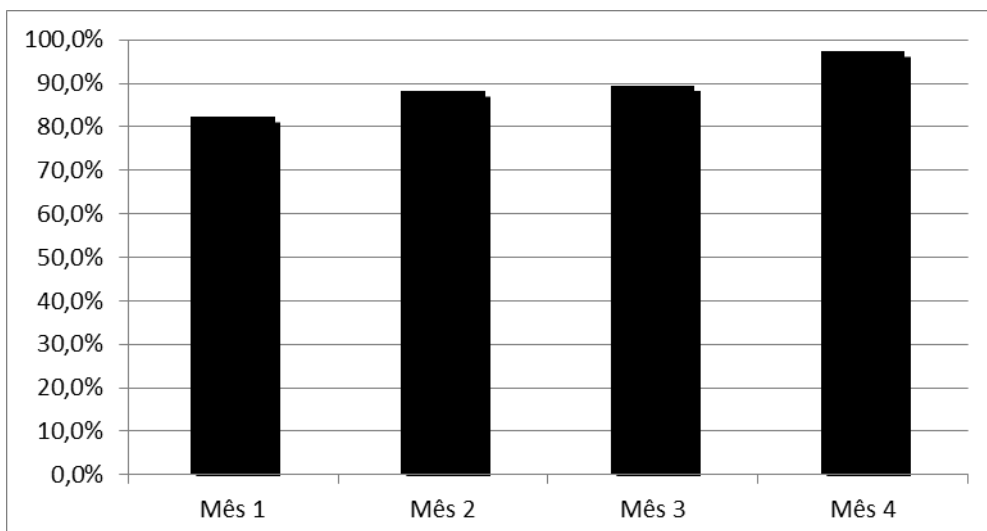


Figura 8 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou Farmácia Popular no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto - BA.

Meta 11: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 70% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Primeiramente, a proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia era de (80) 60,60%. Conforme é mostrado na Figura 09, com o advento da intervenção, no primeiro mês essa proporção subiu para (33) 75,0%, no segundo mês o índice chegou a (48) 87,3%, mantendo o crescimento no terceiro mês com (65) 97,0%. No quarto mês, a margem desses pacientes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular chegou a (65) 97%.

Esse número não chegou a 100% por que alguns pacientes necessitam de remédios manipulados.

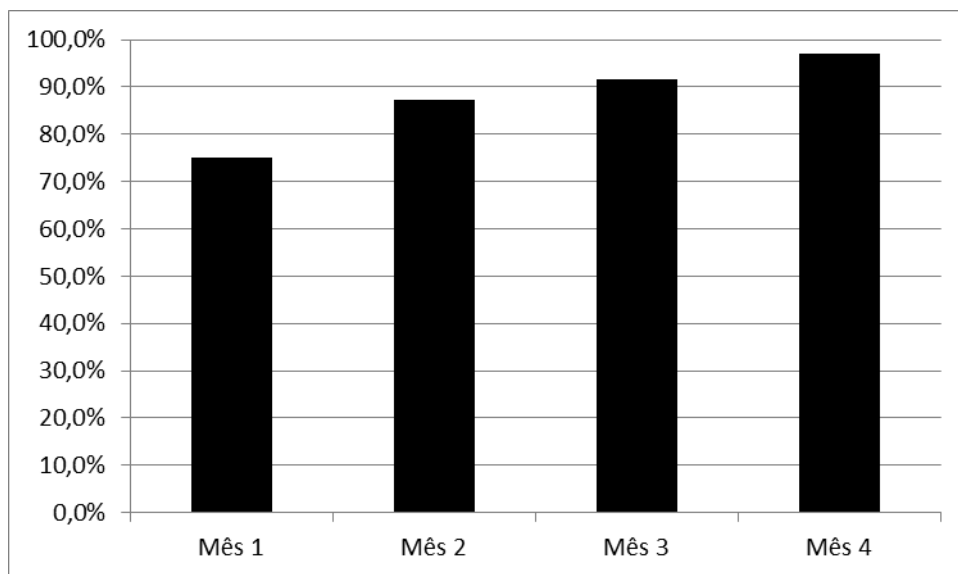


Figura 09 – Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto - BA.

A oferta gratuita dos remédios para o programa Hiperdia reduz gastos financeiros dos pacientes na aquisição dos mesmos, bem como favorece a efetividade e continuidade no tratamento. A grande maioria dos pacientes foi prescrita com hidroclorotiazida, enalapril, captopril, metformina, glibenclamida, anlodipino e propranolol, etc. Remédios encontrados na Farmácia Básica / farmácia popular. Essa função foi executada pelos médicos do programa.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações da atenção à saúde dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos;

Meta 12: Manter ficha de acompanhamento de 70% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Anteriormente à ação no programa Hiperdia, a proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento era de (500) 61,57%. No primeiro mês de intervenção essa proporção subiu para (353) 88,9%, no segundo mês a margem foi de (422) 99,1%, no terceiro mês o índice foi de (591) 99,0%. No último mês, o percentual de hipertensos com registros adequados na ficha de acompanhamento permaneceu em (653) 99,1%, como é mostrado na Figura 10.

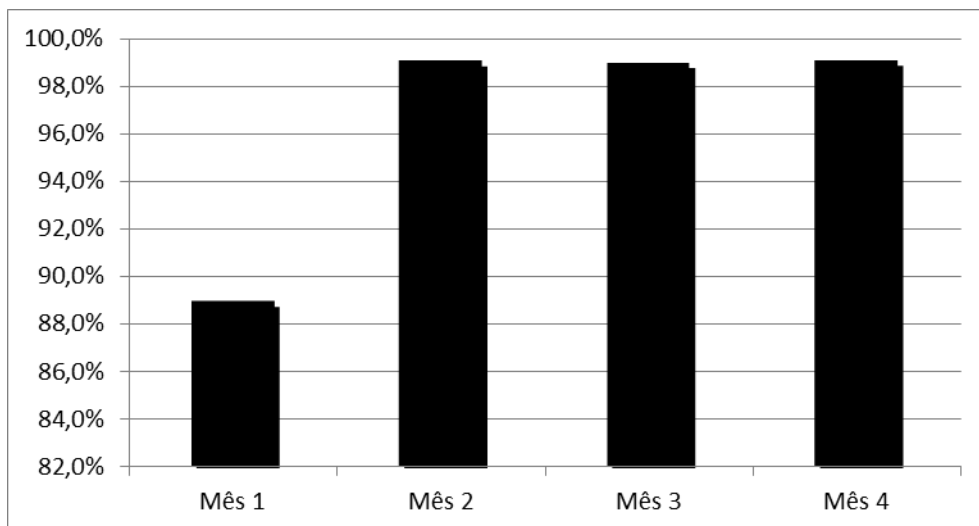


Figura 10- Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto - BA.

A proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento não chegou a 100% por que ainda existe o desaparecimento de prontuários na unidade. A rotatividade profissional também influenciou esse quesito. A solução para alcançar o índice mencionado acima é capacitar em tempo hábil os novos profissionais recém-chegados à unidade.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 70% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Os números relacionados aos diabéticos demonstram que, no período pré-intervenção, a proporção desses pacientes com registro adequado na ficha de

acompanhamento foi de (80) 60,60%. A Figura 11 mostra que ao se iniciar a intervenção, no primeiro mês esse percentual foi elevado para (43) 97,7%, no segundo mês o índice chegou a (54) 98,2%, alcançando (60) 100% no terceiro mês. No último mês, a proporção de diabéticos com manutenção das fichas de acompanhamento foi de (67) 100%.

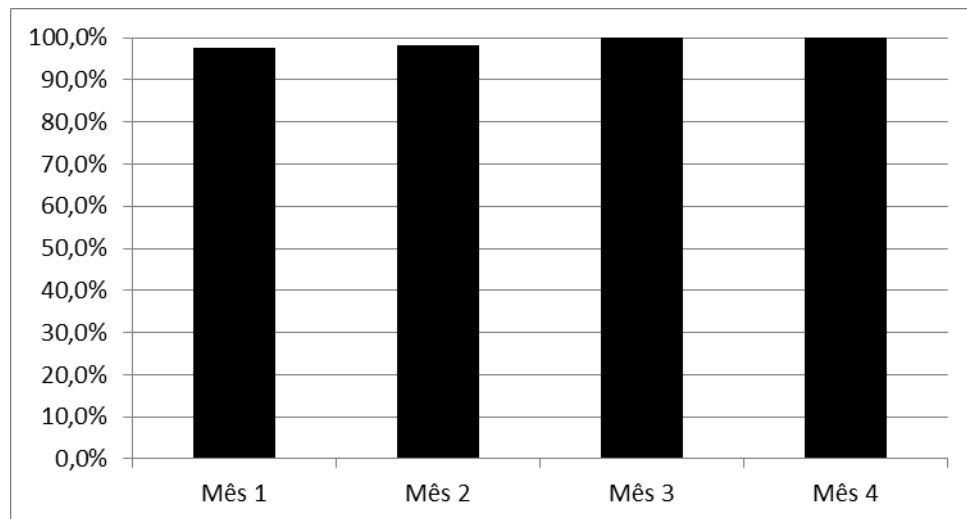


Figura 11- Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto - BA.

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

Meta 14: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 70% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Para realizar a estratificação, a equipe foi capacitada com os protocolos de hipertensão e diabetes. Assim, médicos e enfermeiros se alternaram nessa função no atendimento aos pacientes da unidade.

Na fase que antecedeu a intercessão no programa, o valor absoluto de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia era de apenas (490) 60,3%. A Figura 12 indica que no primeiro mês de intervenção, a proporção de hipertensos com estratificação foi de (230) 57,9%. Esse índice cresceu, chegando a (359) 84,3% no segundo mês. No terceiro mês o percentual foi de (522) 87,4%. Ao fim da intervenção, a proporção chegou a (595) 90,3% desses pacientes.

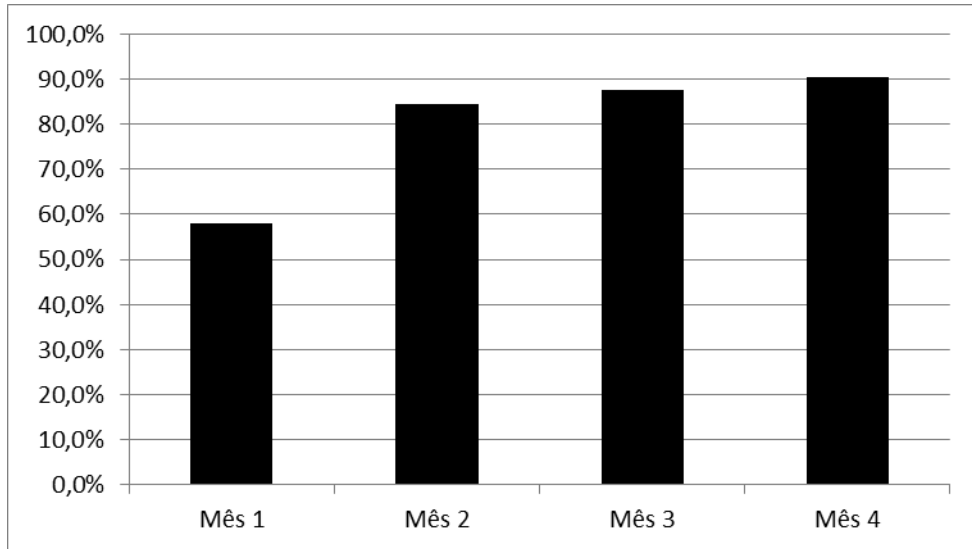


Figura 12-Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto - BA.

Uma das dificuldades no alcance da proporção em 100% da estratificação de risco cardiovascular por exame clínico dos hipertensos esteve relacionada à complexidade da mesma e necessidade de associação com exames laboratoriais e complementares.

Existiram casos de resultados de exames que sumiram e outros que foram realizados de forma incompleta por defeito em aparelho. Relatam-se ocasiões em que hipertensos demonstraram pouco interesse em realizar os exames e procedimentos solicitados nas consultas. Contudo, esses problemas serão corrigidos e a estratificação do risco cardiovascular em hipertensos será incorporada à rotina da unidade.

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 70% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Os números pré-intervenção demonstram que apenas (43) 32,5% dos diabéticos estavam com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia. A Figura 13 informa que no primeiro mês da intervenção, a proporção de diabéticos com estratificação de risco aumentou para (19) 43,2%. Esse percentual atingiu (40) 72,7% no segundo mês. No entanto, houve uma redução da proporção no terceiro mês para (40) 66,7%. No quarto mês o percentual voltou a subir, alcançando a margem de (60) 89,6%.

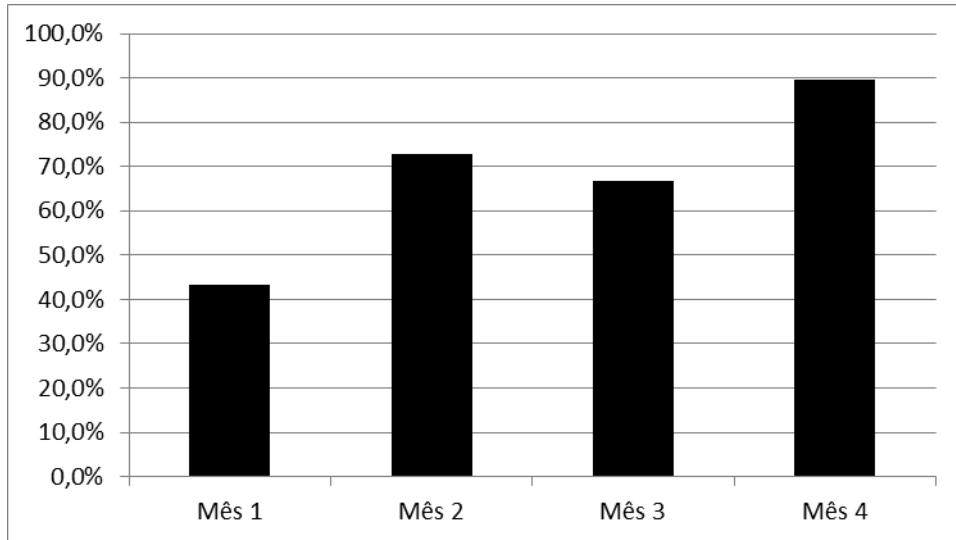


Figura 13-Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto - BA.

Uma das dificuldades no alcance da proporção em 100% da estratificação de risco cardiovascular por exame clínico nos diabéticos esteve relacionada à complexidade da mesma e necessidade de associação com exames laboratoriais e complementares. Assim, existiram casos de resultados de exames que sumiram e outros que foram realizados de forma incompleta por defeito em aparelho do laboratório. Contudo, esses entraves estão sendo solucionados e a estratificação do risco cardiovascular em diabéticos será incorporada à rotina da unidade.

Objetivo 6: Desenvolver atividades de promoção da saúde aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos;

Meta 16: Garantir avaliação odontológica a 70% dos pacientes hipertensos.

Antes de iniciar a intervenção no programa Hiperdia, (450) 55,41% dos pacientes hipertensos realizaram avaliação odontológica. A Figura 14 informa que no primeiro mês de implementação do projeto, a proporção de hipertensos com avaliação odontológica foi de (198) 49,9%, visto que, aumentou o número de pacientes no programa e houve problemas com a cadeira odontológica. No segundo mês, a margem foi de (356) 83,6%, no terceiro mês o percentual foi (491) 82,2%. Se mantendo em (541) 82,1% no último mês da intervenção.

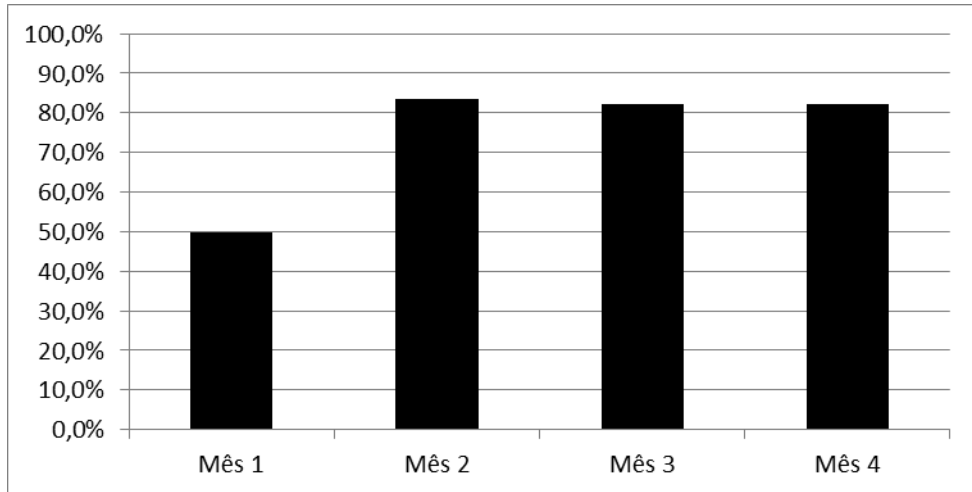


Figura 14-Proporção de hipertensos com avaliação odontológica no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto - BA.

Os obstáculos que dificultaram a proporção de 100% de hipertensos com avaliação odontológica foram relacionados a defeitos com a cadeira odontológica.

Entretanto, pretende-se ampliar a avaliação odontológica em hipertensos de modo individual e coletiva.

Meta 17: Garantir avaliação odontológica a 70% dos pacientes diabéticos.

A proporção de diabéticos com avaliação odontológica antes da intervenção era de (45) 34%. A Figura 15 informa que no primeiro mês, (23) 52,3% diabéticos foram beneficiados com avaliação odontológica. Essa proporção cresceu, chegando a (42) 76,4% no segundo mês, já no terceiro mês houve uma ligeira redução do percentual para (45) 75,0%, se estabilizando em (50) 74,6% no mês quatro.

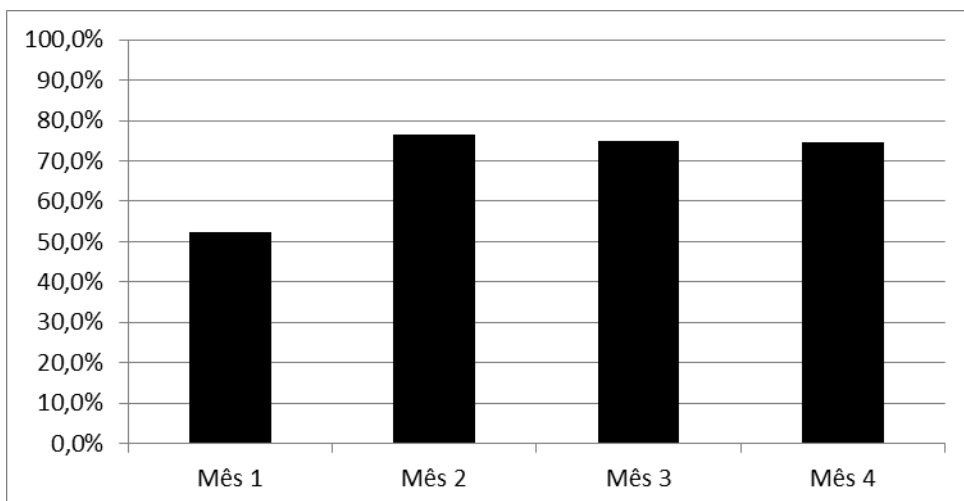


Figura 15-Proporção de diabéticos com avaliação odontológica no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto - BA.

Os entraves que impossibilitaram a proporção de 100% de diabéticos com avaliação odontológica foram relacionados a defeitos com a cadeira odontológica. Contudo, a avaliação odontológica em diabéticos será incorporada à rotina da unidade, de modo individual e coletivo.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 70% dos hipertensos.

No período anterior à intercessão no programa, a proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável era de (550) 67,73%. No primeiro mês de intervenção essa margem foi ampliada para (366) 92,2%, no segundo mês o percentual chegou a (425) 99,8% e no terceiro mês o índice foi de (597) 100%. No quarto mês esse percentual chegou a (659) 100%, como está ilustrado na Figura 16.

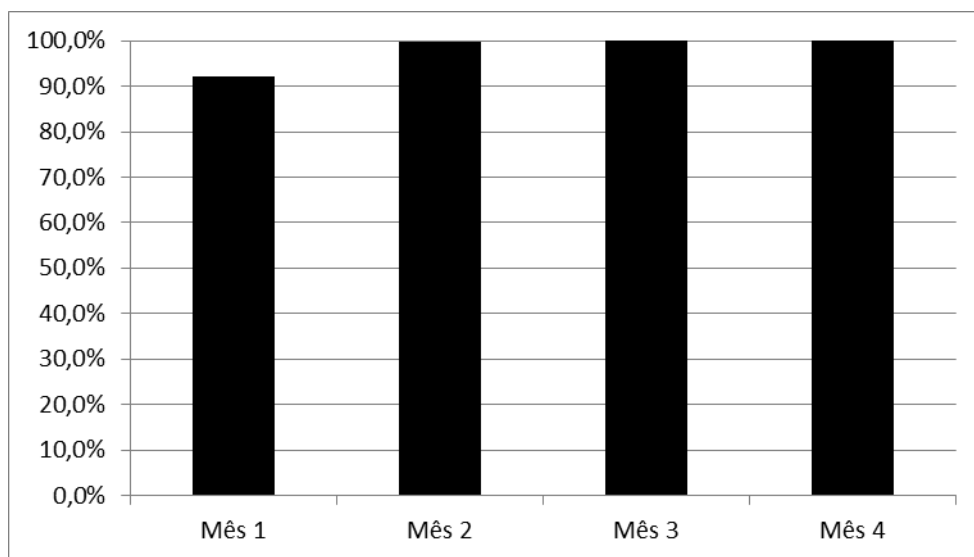


Figura 16-Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto - BA.

Uma das principais dificuldades foi a elaboração de plano alimentar individualizado, devido carência de um nutricionista fixo na unidade para o atendimento de todos hipertensos. Alguns, considerados de alto risco, foram encaminhados a consultas com esse profissional no hospital municipal.

A equipe trabalha observando os protocolos de hipertensão na orientação nutricional dos mesmos. A orientação nutricional de hipertensos é uma medida que será incorporada a rotina da unidade após a intervenção.

Meta 19: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 70% dos diabéticos.

A proporção de diabéticos com orientação nutricional antes da intervenção foi de (60) 45,45%. No primeiro mês após o início das ações, a proporção desses pacientes com orientação nutricional chegou a (44) 100%, no segundo mês a margem foi de (54) 98,2%, no terceiro mês o índice alcançou (60) 100%, mantendo o mesmo percentual (67) 100% no último mês da intervenção, como é mostrado na Figura 17.

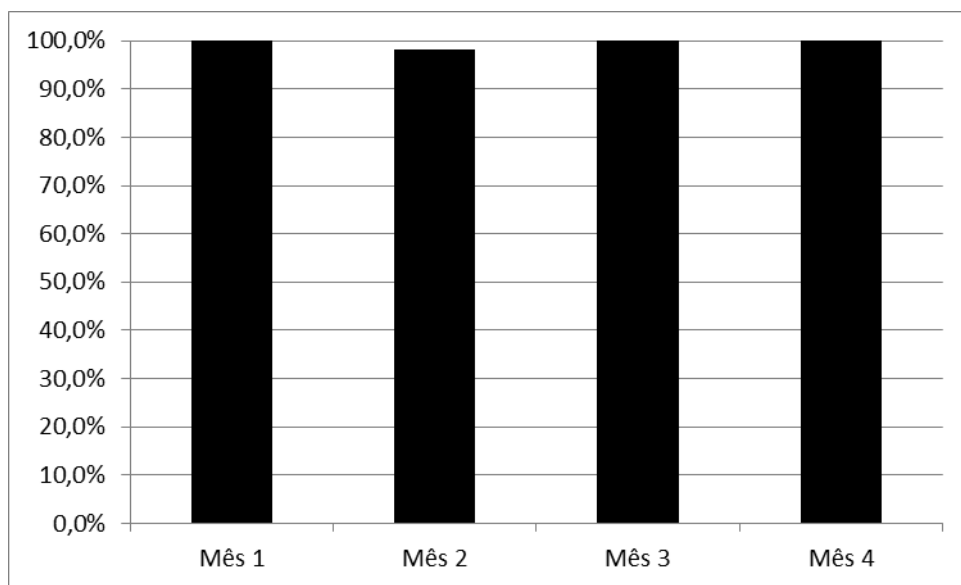


Figura 17-Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto - BA.

Os médicos e enfermeiros utilizam o protocolo de diabetes na orientação nutricional desses pacientes. Uma das principais dificuldades foi a elaboração de plano alimentar individualizado, devido carência de nutricionista na unidade. Alguns pacientes de alto risco foram encaminhados a consultas com esse profissional no hospital municipal. A orientação nutricional de diabéticos é uma medida que será incorporada a rotina da unidade após a intervenção.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 70% dos pacientes hipertensos.

Antes de começar a intervenção, apenas (541) 66,62% dos pacientes hipertensos foram orientados em relação à prática de atividade física regular. A Figura 18 mostra que essa proporção subiu para (365) 91,9% nas quatro primeiras semanas da intervenção. No segundo o índice subiu para (420) 98,6%. No terceiro mês esse o percentual foi de 99,8%. No fim da intervenção, (655) 99,4% de hipertensos foram orientados quanto à prática de atividade física.

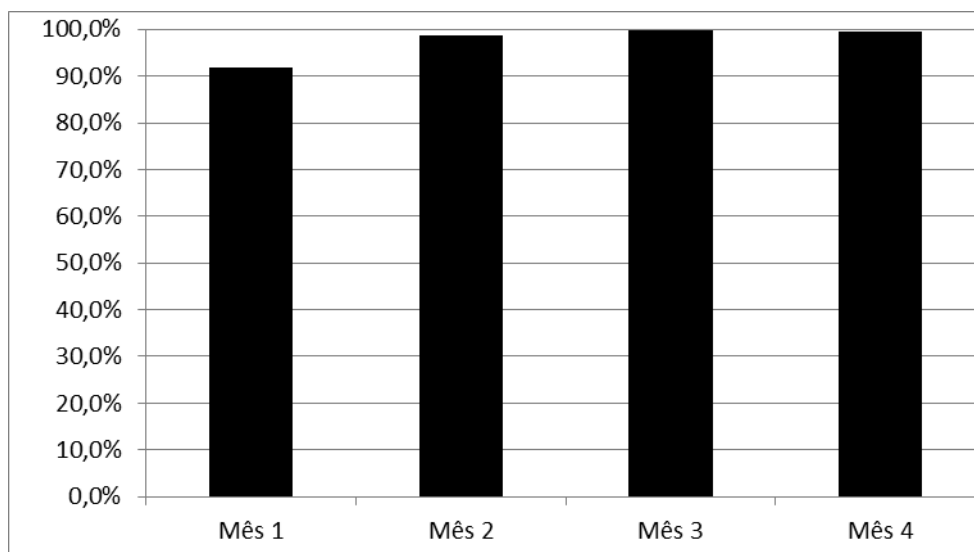


Figura 18-Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto - BA.

Um dos desafios da gestão em saúde é a incorporação de professor de educação física permanente para instruir e acompanhar atividade física em pacientes hipertensos. Contudo, enfermeiros e médicos utilizam o protocolo de hipertensão para prestar orientações relacionadas à atividade física. Essas informações serão incorporadas à rotina da unidade após a intervenção.

Meta 21: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 70% dos pacientes diabéticos.

Antes da intervenção, a proporção de diabéticos que receberam orientação sobre atividade física regular era apenas (69) 52,27%. A Figura 19 informa que no primeiro mês de ações no projeto, a proporção desses pacientes que tiveram orientação sobre a prática de atividade física regular chegou a (40) 90,9%. No

segundo mês esse percentual subiu para (54) 98,2%, chegando ao terceiro mês em (60) 100%, preservando o percentual de (67) 100,0% no quarto mês da intervenção.

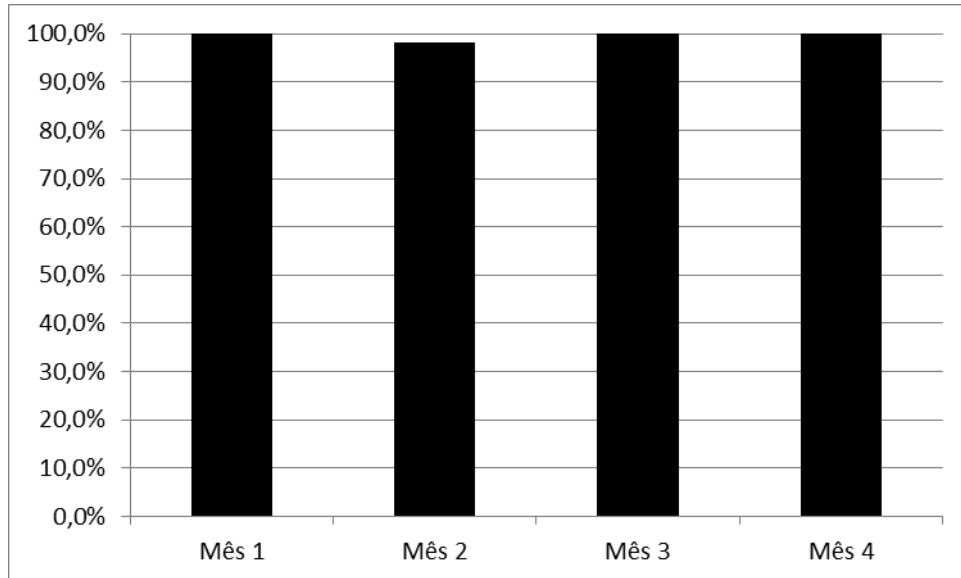


Figura 19-Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto - BA.

Um dos desafios da gestão em saúde é a incorporação de professor de educação física permanente para instruir e acompanhar atividade física em pacientes diabéticos. Contudo, enfermeiros e médicos utilizam o protocolo de diabetes para prestar orientações relacionadas à atividade física. Essas informações serão incorporadas à rotina da unidade após a intervenção.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 70% dos pacientes hipertensos.

Antes da intercessão no programa Hiperdia, somente (535) 65,88% dos hipertensos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. A Figura 20 informa que no primeiro mês da intervenção, (352) 88,7% dos hipertensos receberam esse tipo de orientação. No segundo mês, essa proporção alcançou (418) 91,8%. No terceiro mês o percentual foi de (596) 99,8%, se mantendo em (655) 99,4% ao fim do quarto mês de intervenção.

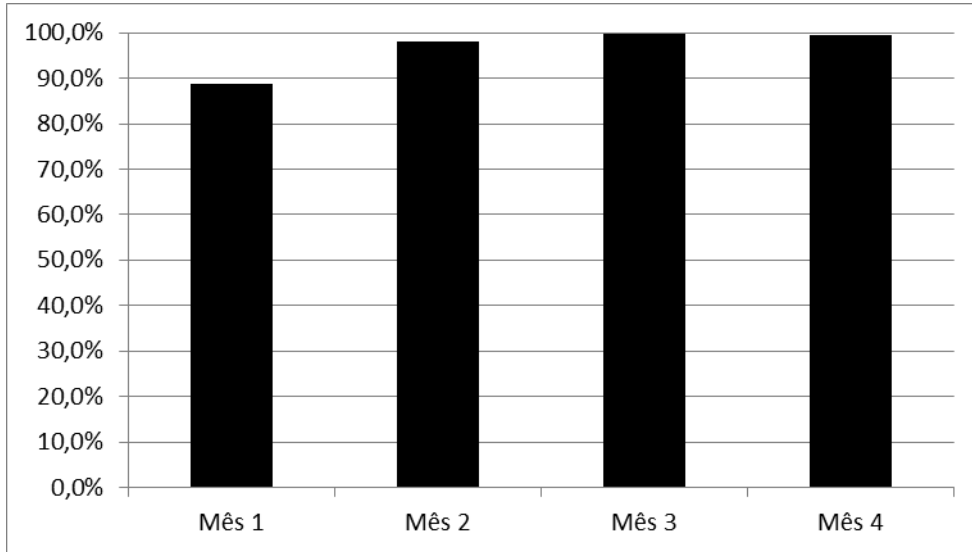


Figura 20-Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto -BA.

Os hipertensos receberam informações sobre intervenção farmacológica, aconselhamento e encaminhamento psiquiátrico. Assim, a orientação sobre os riscos do tabagismo será incorporada à rotina da unidade após a intervenção.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 70% dos pacientes diabéticos.

No que se refere aos diabéticos, antes da intervenção (71) 53,78% dos mesmos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. A Figura 21 aborda que no primeiro mês da implementação do projeto, houve aumento nesse percentual para (42) 95,5%. No segundo mês a margem foi de (54) 98,2%. A proporção de alcançou (60) 100% no terceiro mês da intervenção, percentual que foi mantido no último mês em (67) 100%.

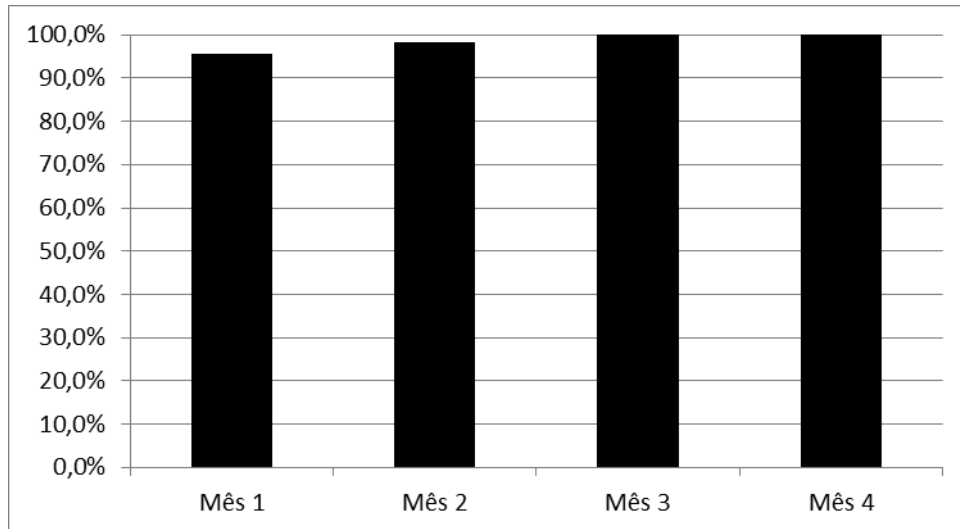


Figura 21-Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto - BA.

Os diabéticos receberam informações sobre intervenção farmacológica, aconselhamento e encaminhamento psiquiátrico. Assim, a orientação sobre os riscos do tabagismo será incorporada à rotina da unidade após a intervenção.

4.2 Discussão

A intervenção no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga resultou na ampliação da cobertura do programa Hiperdia. Nesse período, foram intensificadas as ações de engajamento público, qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação da assistência ao portador de hipertensão e/ou diabetes. Um dos principais resultados alcançados foi o aumento da realização da estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em pacientes novos e já conhecidos.

Durante as 16 semanas de atuação, a equipe teve participações parciais no planejamento e execução de atividades, tais como: organização de prontuários, discussão do funcionamento do programa na unidade, educação em saúde, monitoramento e avaliação da intervenção.

Ocorreu participação positiva dos profissionais no processo de educação continuada, relativos ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento em hipertensão e diabetes. Essa atividade contribuiu para maior integração entre enfermeiros, dentistas, médicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, etc.

Os auxiliares de enfermagem tiveram atuação complementar no atendimento da demanda espontânea e no exame físico dos pacientes previamente agendados. Em se tratando de médicos, os mesmos realizaram o atendimento clínico e estratificação do risco cardiovascular de hipertensos e/ou diabéticos, solicitando exames complementares, prescrevendo, prestando orientação nutricional e sobre atividade física, informando sobre os riscos do álcool, tabagismo e instruções quanto ao uso correto dos medicamentos.

Com exceção de algumas atribuições específicas, os enfermeiros executaram trabalho similar aos dos médicos, inclusive encaminhando pacientes para consultas com nutricionista, oftalmologista, fisioterapeuta, cardiologista, etc. Outros integrantes de destaque na intervenção foram os agentes comunitários de saúde, capacitados para o rastreamento e busca ativa de pacientes novos e faltosos, atuando também nas atividades de educação em saúde em suas localidades. Na unidade e na odontomóvel, os dentistas realizaram avaliação da saúde bucal dos pacientes hipertensos e diabéticos.

A implementação do projeto teve impacto também em outras atividades no serviço, por exemplo, aumento do número de reuniões, visitas domiciliares, discussão de casos clínicos, reformulação da rotina de atendimento, redução das filas de espera, estabelecimento de parcerias com instituições de ensino e melhorias no acolhimento e acessibilidade, etc.

Antes da intervenção, eram menores as ações de educação em saúde, engajamento público, busca ativa, inexistia supervisão e estratégias para aumentar a cobertura do programa na unidade. Ainda assim, muitos integrantes da equipe tinham conhecimentos limitados na área de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção Básica.

A intervenção reviu as atribuições dos profissionais, o que viabilizou a atenção qualificada a um maior número de pessoas. Ainda assim, ocorreu análise dos registros dos prontuários, os pacientes realizaram exames laboratoriais, de imagem, eletrocardiograma, exame clínico e físico adequados.

O impacto das ações aos poucos está sendo percebido na qualidade da atenção em saúde destinada aos pacientes, com seguimento dos protocolos de Hipertensão Arterial Sistêmica. Buscou-se a ampliação da cobertura, interação entre equipe e o paciente,

melhoria no acolhimento e atendimento da demanda espontânea e favorecimento do engajamento público, etc.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse abordado as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também poderia ter ocorrido maior a articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir melhor a maneira de execução do projeto.

Um dos principais entraves na intervenção foi a distância geográfica e dificuldade de transporte entre unidade e comunidade. Outro desafio foi contribuir para reorganizar a assistência em saúde em um programa que inicialmente tinha 944 pacientes cadastrados.

Após o período de Intervenção, percebo que a equipe está mais integrada com a necessidade de efetuar um atendimento integral em Hiperdia, com atividades de prevenção, tratamento e educação em saúde. Além disso, a unidade cedeu espaço para uma instituição de ensino, com grupo de estágio que foi convidado a cooperar nas ações para melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos.

Como vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço, analisaremos aspectos positivos e negativos para superar as dificuldades encontradas. Para isso, ampliaremos o trabalho de conscientização da gestão, equipe e comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, em especial os de alto risco.

Os principais motivos para que não fossem estabelecidas metas de qualidade de 100% para todos os indicadores foram relacionados às diversas condições que poderiam interferir no alcance das mesmas, tais como: elevado número de hipertensos e diabéticos; considerável rotatividade de profissionais; alto fluxo migratório das famílias; distância geográfica entre unidade e comunidade; defeitos em cadeira odontológica; falta de reagentes ou danos em equipamentos do laboratório do hospital; existência de usuários que realizam acompanhamento na rede privada e outros resistentes ao tratamento convencional, desabastecimento de medicamentos da farmácia básica do município, etc.

No entanto, fazendo uma autocrítica, percebe-se que as mesmas deveriam ter sido estabelecidas como 100%, pois nenhuma das explicações acima justifica o planejamento de ações em saúde sem considerarmos todos os usuários, garantindo responsabilidade sanitária e a universalidade da atenção, um dos principais atributos do SUS.

Os indicadores alcançados na intervenção servirão de parâmetro para o planejamento e execução de novas ações para melhorar ainda mais o programa Hiperdia no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga. A partir do mês de março de 2014, pretendemos investir na ampliação da cobertura dos hipertensos e diabéticos, garantindo o planejamento com metas de cobertura e qualidade da atenção 100%.

4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores

A intervenção, no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga foi iniciada em 20 de setembro de 2013 e se estendeu por 16 semanas. Os objetivos, metas e ações dela resultaram na ampliação da cobertura do programa Hiperdia na unidade. Foram intensificadas atividades de educação em saúde, capacitações da equipe, organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação da assistência destinada ao portador de hipertensão e/ou diabetes.

Um dos principais ganhos proporcionados nesse período foi o aumento na procura por atendimento. Assim, ao longo dos quatro meses a proporção de cobertura subiu de 42% para 82,3% na atenção ao hipertenso e de 21% para 50% na atenção ao diabético. A busca ativa de hipertensos faltosos antes da intervenção era de (130) 16%.

No primeiro mês da intervenção, a proporção de busca de hipertensos faltosos subiu para (45) 93,8%, no segundo mês a mesma atingiu a marca de (80) 98,8%. No terceiro mês foi de (90) 96,8% e, ao fim do quarto mês o índice de cobertura se fixou em (94) 97,9%.

Antes da intervenção no programa Hiperdia, a proporção de busca ativa de diabéticos faltosos era de (32) 24,24%. No primeiro mês de intervenção, o índice foi de (05) 100%; no segundo mês a proporção se manteve em (26) 100%, mesmo fato ocorreu no terceiro e quarto mês, com proporção de (27) 100% e (15) 100%.

Antes da intervenção, a proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia era de (500) 61,57%. Com o advento da intervenção, no primeiro mês a proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular subiu para (324) 82,2%, no segundo mês manteve o mesmo índice (372) 82,2%, aumentando para (537) 89,5% no terceiro mês. Já no último mês da intervenção, a proporção alcançou a marca de (637) 97,3%.

Primeiramente, a proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia era de (80) 60,60%. Com o advento da intervenção, no primeiro mês essa proporção subiu para (33) 75,0%, no segundo mês o índice subiu para (48) 87,3%, mantendo o crescimento no terceiro mês com (65) 97,0% e, ao final do quarto mês, a margem desses pacientes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular chegou a (65) 97%.

Foi nítida a melhoria na qualidade da assistência ao hipertenso e/ou diabético, tomando por base os protocolos do Ministério da Saúde de 2013 para essas doenças. Dessa maneira, os pacientes foram avaliados por exame físico, clínico, laboratorial e demais procedimentos diagnósticos, tendo em vista a classificação do risco cardiovascular e estabelecimento da conduta terapêutica.

Prezou-se pela efetuação do registro adequado em prontuários, bem como organização no armazenamento do mesmo. Durante as consultas foi constatado um considerável número de pacientes com exodontia parcial ou total, sendo os mesmos orientados ao atendimento odontológico.

Hipertensos e/ou diabéticos também receberam instruções em relação há hábitos de vida saudáveis, incluindo alimentação adequada, prática de atividade física regular e abandono do tabagismo. Alguns desses pacientes foram encaminhados a consultas com psiquiatra, nutricionista e fisioterapeuta. Ainda assim, ocorreram atividades multiprofissionais para conscientizar, prevenir, descobrir novos pacientes e iniciar o tratamento precoce.

Os resultados alcançados no projeto de intervenção “Melhoria da Atenção à saúde aos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus Adstritos no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga (CSCAV) em Palmas de Monte Alto – BA” contribuíram para a qualificação do cuidado e ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde.

As medidas de planejamento e integração da equipe podem trazer ótimos resultados, principalmente quando esses profissionais contam com o apoio da gestão. Dessa maneira, as diretrizes e protocolos adotados no programa Hiperdia no CSCAV se constituíram em medidas efetivas para redução do número de óbitos e complicações relacionados à Hipertensão e/ou Diabetes.

As experiências exitosas da intervenção serão aperfeiçoadas e incorporadas à rotina da unidade, além disso, podem servir de modelo para outras unidades básicas de saúde do município. Assim, a gama de ações desenvolvidas em 16

semanas de intervenção contribuiu para elevar o número de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade e, isso representa aumento dos usuários utilizando um Sistema Único de Saúde de qualidade.

No entanto, cabe ressaltar que a alta rotatividade dos profissionais prejudica iniciativas como essa que buscam qualificar o cuidado dos usuários que acessam a Atenção Básica municipal, dessa forma, é imprescindível que se preze por bons vínculos empregatícios aos trabalhadores que se dedicam ao SUS deste município.

4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade

Em 20 de setembro de 2013 foi iniciada uma série de ações no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga para melhorar a saúde das pessoas com hipertensão (pressão alta) e diabetes (açúcar no sangue). Assim, os profissionais da equipe, principalmente médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde realizaram ações que resultaram no aumento de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados no posto de saúde.

Os trabalhadores do posto de saúde receberam treinamento para melhorar o atendimento à saúde do povo. Eles deram aulas explicando à população sobre como evitar e tratar hipertensão e/ou diabetes. Por meio das consultas, os pacientes foram examinados adequadamente e realizaram eletrocardiograma, ultrassonografia, exames de laboratório, etc.

Ocorreram mudanças na organização da unidade para acabar com filas de espera e aumentar o número de consultas para hipertensos e diabéticos, levando em consideração a preferência do povo da zona rural por atendimentos pela manhã. Além disso, as pessoas que procuravam a unidade por motivos diversos eram orientadas a medir pressão ou realizar a glicemia capilar (teste do diabetes).

Um dos principais ganhos proporcionados ao longo de 16 semanas de ações foi o aumento do número de hipertensos e diabéticos acompanhados, maior satisfação dos pacientes nos atendimentos, maior facilidade de marcação e retorno nas consultas, elevação da busca de hipertensos e diabéticos faltosos, aumento do número de pacientes com prescrição de medicamentos encontrados gratuitamente na Farmácia Popular.

Foram feitos de forma adequada os registros dos atendimentos de hipertensos e diabéticos. Durante as consultas percebeu-se que muitos pacientes

tenham necessidade de serem avaliados por um dentista, assim foram encaminhados a consultas com esse profissional.

Os usuários do Hiperdia receberam orientação para reduzir o consumo de sal, gordura, carne vermelha, açúcar e produtos industrializados e aumentar o consumo de verduras, legumes, folhas verdes, frutas, etc. Além disso, foram orientados para praticar caminhadas e evitar ou abandonar o cigarro.

Em alguns casos, hipertensos e diabéticos necessitaram de encaminhamentos a consultas com psiquiatra, nutricionista e fisioterapeuta. Somado a isso, ocorreram atividades com participação de vários profissionais de saúde para levar informação, prevenir, descobrir e iniciar tratamento de pessoas que têm pressão alta ou diabetes e ainda sabem.

Para melhorar ainda mais a saúde de hipertensos e/ou diabéticos no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga é muito importante que o povo participe, apontando problemas, soluções ou sugestões e ajude a divulgar o trabalho de médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Além disso, é necessário que os usuários compareçam regularmente às consultas e sigam corretamente o tratamento recomendado por esses profissionais.

5 Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de Especialização em Saúde da Família da universidade Federal de Pelotas - modalidade à distância proporcionou a democratização do acesso ao conhecimento, conferindo ao especializando o embasamento técnico-científico necessário para qualificação profissional e desenvolvimento de melhorias nos serviços de Atenção Primária à Saúde.

A especialização conta com um corpo docente qualificado e uma gama de recursos pedagógicos envolvendo estudos de prática clínica, resolução de casos clínicos, testes de qualificação cognitiva, leituras e fóruns de discussão, etc. Tudo isso foi de suma importância para elevar os conhecimentos em saúde da família e atuar com os demais membros na prestação de uma assistência em saúde de qualidade.

As expectativas iniciais referentes ao curso eram muito boas, pois, seria uma oportunidade de compreender o Sistema Único de Saúde, elevar o nível de instrução em diversas patologias, compreender a importância das estratégias de cuidado e serviços de saúde na Atenção Básica.

Atualmente, faço uma autocrítica às metas iniciais pactuadas, pois acredito que poderiam ter sido em grande parte 100% (ou muito próximas), pois mostraríamos assim nosso compromisso em garantir a universalidade da atenção aos nossos usuários. Essa escolha inicial, ocorreu em parte, pelo receio de não alcançar as metas, diante do grande número estimado de hipertensos e diabéticos na população sob-responsabilidade da nossa equipe de saúde e por outro, pela expectativa quanto ao número de profissionais da equipe que mostrar-se-iam corresponsáveis no processo de Intervenção. Dessa forma, repensaria as metas iniciais, tanto de cobertura quanto de qualidade da atenção, aumentando-as.

Por fim, ao realizar uma reflexão sobre o processo de aprendizagem pessoal, é razoável supor que foi dado suporte ao especializando para a educação continuada, através dos materiais de apoio e bibliografias específicas, espaços de orientação e troca de experiências. No decorrer do curso foi possível elevar o

conhecimento e experiência profissional, além de maior segurança nas decisões e condutas adotadas na Atenção Básica.

Como sugestão, acredito que a Especialização em Saúde da Família pode ser associada a um modelo de apoio/consultoria institucional na medida em que oferece subsídios para um maior entendimento acerca das potencialidades e dificuldades do processo de trabalho em APS, tanto para os trabalhadores, quanto para os gestores dos serviços públicos brasileiros de Atenção Básica. A valorização das práticas direcionadas a promoção e prevenção à saúde, por exemplo, possuem grande alcance e impacto na população, através da proposta do Curso, e isso pode acarretar num menor custo para os cofres públicos e o fortalecendo do Sistema Único de Saúde.

6 Referências Bibliográficas

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Ministério da Saúde, 2006. 64 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Ministério da Saúde, 2006. 58 p.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Estimativas Sobre Frequência e Distribuição Sócio-Demográfica de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas Nas Capitais Dos 26 Estados Brasileiros e no Distrito Federal em 2011**. RIO DE JANEIRO, RJ 2012.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Identificação**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em jul de 2013.

FEDERATION International Diabetes: **Atlas 5th-Edition 2012 update**. Disponível em:< <http://www.diabetes.org.br/>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

FRANCO, Roberto: **Hipertensão é o tema do Dia Mundial da Saúde 2013, comemorado dia 07 de abril**. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

IBGE. **Cidades Bahia**. Infográficos: dados gerais do município. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br>>. Acesso em jul. de 2013.

SIAB. **Sistema de Informação da Atenção Básica** – Palmas de Monte Alto – BA, jul. de 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **IV Diretrizes**

Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rev. Bras Hipertens vol. 9(4): outubro/dezembro de 2002. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS – UFPel / Especialização em Saúde da Família – EAD. **Escrevendo a logística.** Teses, dissertações e trabalhos acadêmicos: manual de normas da Universidade Federal de Pelotas / Carmen Lúcia Lobo Giusti... [et al]. - Pelotas, 2006.

Anexos

Anexo C - 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^{fa} 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

Apêndices

Apêndice C – Capacitação Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica

20/08/13

Centro de Saúde Clóves A. Veiga
Educação Continuada
Instrutor: Enf^o LUCAS

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA - HAS

- 1 - Sônia de Jesus Barros dos Santos
- 2 - Ari Cardoso Badaro
- 3 - Maria Lúcia N. Brito de Oliveira
- 4 - Elvira da Silva Pinto
- 5 - Maria Aparecida de O. Santos
- 6 - Elza Lúcia dos Santos
- 7 - Jussara Reis
- 8 - ~~Elza Lúcia dos Santos~~
- 9 - Nilda Pinto dos Santos
- 10 - Alvanir Marques Lima
- 11 - Simone Prado da Silva
- 12 - Alivaldo Nogueira - de Sousa
- 13 - ~~Antônio Nogueira~~
- 14 - Benedito do Carmo A. Neves
- 15 -
- 16 -
- 17 -
- 18 -

Apêndice D – Capacitações sobre Protocolo de Diabetes

CENTRO DE SAÚDE C. ANDRADE VEIGA
 CAPACITAÇÃO DE EQUIPE
 DIABETES MELLITUS
 08 DE OUTUBRO 2013

- 1- Bemfêndia do Carmo Ramos Neves
- 2- Maria Aparecida de O. Santos
- 3- Cleusa da Silva Pinto
- 4- Nilda Pinto dos Santos
- 5- Ari bárdico Badaro
- 6- José Roberto Nunes Magalhães
- 7- Ateraldo Nogueira de Araújo
- 8- Elvion Batista Silva
- 9- Elvion Batista Silva
- 10- Elza Letia dos Santos
- 11- Maria Luícia Nunes Brito de Oliveira
- 12- Roméria Lamas de Souza Rodrigues
- 13- Alvanir Marques Lima

22/10/13

Centro de Saúde C. A. Veiga

Capacitação Em
Diabetes Mellitus

LISTA DE PRESENÇA

- 1 - Sílvia Pato Nunes do Souto
- 2 - Fabiana Cordoso Pessoa
- 3 - Inês Gomes
- 4 - José da Silva Santos
- 5 - Susana Barbosa dos Santos
- 6 - Sónia Malheiros de Castro
- 7 - Maurina J.P. dos Santos
- 8 - Alina M. Silva
- 9 - Shirley Cordoso Baduró
- 10 - Mary Idalina Bime Matos
- 11 - Elida R. do Fado

Apêndice E – Educação continuada em Obesidade

Centro de Saúde Cláudia
Andrade Veiga

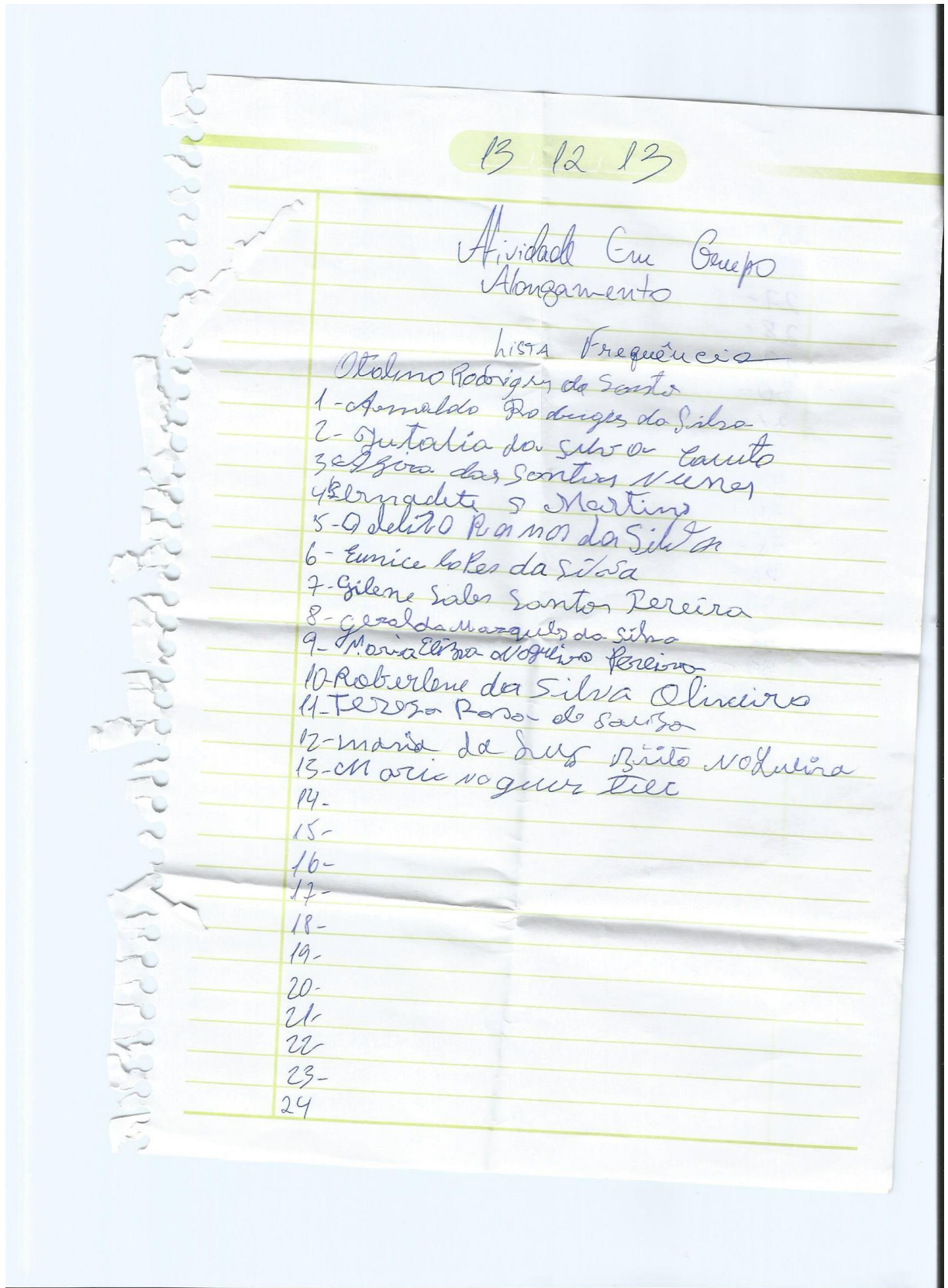
Educação Continuada

OBESIDADE

26/11/13

- 1- Maria Búcia Nunes Brito de Oliveira.
- 2- Nância de Jesus Gomes dos Santos.
- 3- Elza Célia dos Santos
- 4- Benedita do Carmo R. Neves
- 5- Maria Aparecida de O. Santos
- 6- Elvion Estivata Silva
- 7- ~~Antônio~~ ~~Marques~~ ~~Matos~~
- 8- Ativaldo M. ~~Amorim~~
- 9- Nilda Pinto dos Santos
- 10- Alvanir Marques Lima
- 11-
- 12-
- 13-
- 14-
- 15-
- 16-
- 17-
- 18-

Apêndice F – Registro das atividades coletivas



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – PALMAS DE MONTE ALTO – BA

CENTRO DE SAÚDE CLOVES ANDRADE VEIGA

Rastreamento de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus**Atividade de Promoção e Educação em Saúde**

(Pressão Arterial; Glicemia Capilar; IMC; Orientação Nutricional; Atividade Física).

Lista de frequência – 11 de fevereiro de 2014

1. Zolipolino de Moraes
2. Sideliano Maria da Silva
3. Antônio Carlos de Almeida
4. Jovelina Souza Rocha ⇒ (Não Assina)
5. Geiziane de Souza Rocha
6. Elcio Batista Ramos
7. Alice Pereira da Silva ⇒ (Não Assina)
8. Antônio Carlos de Almeida
9. Gabriel Luiz de Almeida
10. Antônio Carlos de Almeida
11. Domingos do Carmo Ramos de Aguiar
12. Neide Oliveira de Farias Pinheiro
13. Silvino Santos de Oliveira ⇒ (Não Assina)
14. Luíza Pinto de Almeida
15. Rosângela Moreira dos Neves
16. Maria Isabel Moreira dos Santos
17. Almeida Ramos de Almeida
18. Valmir Gomes dos Santos
19. Maria Helena Souza de Carvalho
20. Domingos dos Santos da Silva
21. Maria de Lurdes Santos da Silva
22. Roberto de Oliveira Pimentel
23. Valdemar Oliveira da Silva
24. Edimilson Souza Rocha ⇒ (Não Assina)
25. Maria dos Anjos de Almeida
26. Genivaldo Oliveira da Rocha
27. Maria Aparecida Pires
28. Luiz Carlos de Almeida
29. Teófilo Antonio de Almeida
30. Arturo Rodrigues Gomes ⇒ (Não Assina)
31. Edelene Lopes Montalvão
32. Gláucia Mendes Pereira Magalhães
33. Elizabeth Pereira de Almeida

Apêndice G - Autorização



UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS



AUTORIZAÇÃO

Autorizo a utilização de minha imagem/declaração ou do menor sob minha responsabilidade no Trabalho de Conclusão de Curso da especialização em Saúde da Família UNASUS-UFPel, intitulado "Melhoria da Atenção à Saúde dos Adultos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus no Centro de Saúde Cloves Andrade Veiga em Palmas de Monte Alto – BA", para fins didáticos, de pesquisa e divulgação de conhecimento ou atividades sem quaisquer ônus e restrições.

Fica ainda autorizado, de livre e espontânea vontade, para os mesmos fins, a cessão de direitos da veiculação, não recebendo para tanto qualquer tipo de remuneração.

EDMILSON NASCIMENTO

(nome legível)

Edmilson Nascimento

(assinatura)

Contato: (71) 9902-7677

Local: Palmas de Monte Alto BA

Data: 12/12/13

Jobiana E. Passos

(nome legível)

Jobiana E. Passos

(assinatura)

Contato: 99698008

Local: Palmas de Monte Alto BA

Data: 12/12/13

ANALUCIA RASHA

(nome legível)

Anna Lucia Rasha

(assinatura)

Contato: _____

Local: Palmas de Monte Alto BA

Data: 12/12/13

Maurina P. dos S.

(nome legível)

Maurina P. dos S.

(assinatura)

Contato: 32/99255997

Local: Palmas de Monte Alto BA

Data: 12/12/13

Apêndice H – Fotografias da Capacitação da Equipe nos Protocolos de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus



Apêndice I- Fotografias das atividades coletivas



Realização de Mutirão em Saúde (Busca ativa; Educação em Saúde; Avaliação com Professor de Educação Física, Enfermeiro, Nutricionista).



Fotografia do Encontro de Grupo Hiperdia