

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Departamento de Medicina Social
Especialização em Saúde da Família
TURMA 6



Trabalho de conclusão de curso

**Melhoria na atenção à saúde de usuários com Hipertensão Arterial e/ou
Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde da Família Vista Verde, Natal, RN**

Maria Clara Medeiros Chacon

Pelotas, 2015

Maria Clara Medeiros Chacon

**Melhoria na atenção à saúde de usuários com Hipertensão Arterial e/ou
Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde da Família Vista Verde, Natal, RN**

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

Orientadora: Edvanda Trindade Sacramento Gomes

Pelotas, 2015

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

C431m Chacon, Maria Clara Medeiros

Melhoria na atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na Unidade de Saúde da Família Vista Verde, Natal, RN / Maria Clara Medeiros Chacon; Edvanda Trindade Sacramento Gomes, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

76 f. : il.

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

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Doença Crônica. 4.Diabetes Mellitus. 5.Hipertensão. I. Gomes, Edvanda Trindade Sacramento, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

À minha família e aos usuários da USF
Vista Verde: apoio e incentivo diário.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, que em toda sua magnitude se fez presente em minha vida e me cercou de pessoas e acontecimentos que me ajudaram a crescer espiritualmente.

Agradeço à minha família pela ajuda constante e por sempre acreditar que minha vitória seria possível.

Agradeço ao meu Supervisor do Provac Natal Dr. Ricardo André Freire de Souza e a minha orientadora da UFPEL Edvanda Trindade Sacramento Gomes, por me ajudar a transformar desafios em lições e a construir este projeto.

Finalmente, agradeço a minha equipe de trabalho por tornar palpável todas as ideias que culminaram nas ações realizadas nesta intervenção e acima de tudo, agradeço aos usuários de USF Vista Verde, que confiaram a mim sua saúde e ajudaram a me constituir como médica.

*“Não devemos permitir que alguém saia da
nossa presença sem se sentir melhor e mais
feliz”.*

MadreTeresa de Calcutá.

Lista de Figuras

Figura 01	Mapa de distribuição das Unidades de Saúde	13
Figura 02	Mapa de serviços especializados	14
Figura 03	Grupos de procedimentos de média complexidade	15
Figura 04	Grupos de procedimentos de alta complexidade	15
Figura 05	Grupos de procedimentos hospitalares de alta complexidade	16
Figura 06	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso	55
Figura 07	Cobertura do Programa de atenção ao diabético	56
Figura 08	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia	57
Figura 09	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia	58
Figura 10	Proporção de hipertensos com prescrição da farmácia popular	58
Figura 11	Proporção de diabéticos com prescrição da farmácia popular	59

Lista de Abreviaturas e Siglas

APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CeD	Crescimento e Desenvolvimento
HiperDia	Programa de Atenção do Hipertenso e Diabético
EACS	Equipes de Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretária Municipal de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação

1	Análise Situacional	11
1.1	Situação inicial da ESF/APS	11
1.2	Relatório da Análise Situacional	12
1.3	Comparação sobre a situação inicial da ESF e o relatório da análise situacional	25
2	Análise Estratégica	26
2.1	Justificativa	26
2.2	Objetivos e metas	27
2.2.1	Objetivo geral	27
2.2.2	Objetivos específicos e metas	27
2.3	Metodologia	29
2.3.1	Ações	29
2.3.2	Indicadores	41
2.3.3	Logística	47
2.3.4	Cronograma	50
3	Relatório da intervenção	52
4	Avaliação da intervenção	54
4.1	Resultados	54
4.2	Discussão	61
4.3	Relatório de intervenção para os gestores	64
4.4	Relatório de intervenção para a comunidade	66
5	Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem	68
6	Referências	69
	Apêndice	70
	Anexos	71

Resumo

CHACON, Maria Clara Medeiros. **Melhoria na atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus na Unidade de Saúde da Família Vista Verde, Natal, RN.** 2015. 76f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância). Universidade Federal de Pelotas, 2015.

O programa Hiperdia foi desenvolvido com os objetivos principais de permitir o monitoramento dos usuários atendidos e cadastrados na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS). Este projeto se constituiu como uma ação que teve como objetivo melhorar a atenção aos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da unidade de saúde da família Vista Verde em Natal/RN. Quanto a metodologia, foram utilizadas fichas espelhos, planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações e a planilha de Coleta de dados, ferramentas desenvolvidas no âmbito do curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL - modalidade a distância. O trabalho contemplou quatro eixos, sendo eles: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Ao longo de três meses (agosto, setembro, outubro de 2014), foram recrutados os usuários com essas patologias residentes da área adstrita da equipe ESF 78 da USF Vista Verde, Natal-RN. Todos os membros da equipe ESF 78 participaram da intervenção. Foi efetuado o cadastramento no programa, aferição de medidas antropométricas, solicitação de exames complementares, estratificação de risco, prescrição de medicamentos e ações de promoção à saúde. Como resultado do trabalho, foi realizado o cadastramento de 275 hipertensos e 141 diabéticos, dentro de um universo de 577 hipertensos e 142 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da equipe, o que representou um ganho de mais de 45% na cobertura do programa de hipertensão e mais de 90% do programa de diabetes. Destaca-se que 100% dos usuários ficaram com exame clínico em dia de acordo com o protocolo e mais de 70% tiveram exames complementares atualizados e mais de 90% receberam a prescrição de medicamentos da farmácia popular. Quanto a promoção à saúde, 100% dos participantes receberam orientações quanto a atividade física, alimentação adequada e quanto aos riscos de tabagismo, além de outros objetivos conquistados que envolvem a estratificação de risco cardiovascular e registro adequado na ficha de acompanhamento. Discutindo se os dados obtidos, notamos a necessidade de melhoramento desse programa na unidade e de como intervenções como esta são de extrema utilidade na busca desse objetivo.

Palavras chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Apresentação

O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção a saúde de usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na unidade de saúde da família de Vista Verde no município de Natal, estado do Rio Grande do Norte e decorre de um trabalho de conclusão de curso que envolveu várias etapas para sua elaboração.

Este volume apresenta tais etapas em seis seções: a primeira está composta pelo Relatório da Análise Situacional, na qual é feito um relato da realidade da atenção básica do município e da unidade alvo deste trabalho; a segunda pela Análise Estratégica – Projeto de Intervenção, na qual é descrito justificativa, objetivos e metodologia do trabalho; a terceira pelo Relatório da Intervenção, onde é realizada uma análise do processo de trabalho, dificuldades encontradas e perspectivas futuras; a quarta pelo Relatório dos Resultados da Intervenção, na qual descrevemos os resultados e os analisamos em uma discussão, além de ser apresentado dois relatórios: uma para comunidade e outro para gestores. Na quinta seção, é realizada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e implementação da intervenção e por último, na sexta seção, temos as referências bibliográficas utilizadas no trabalho.

1. Análise Situacional

1.1. Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS Vista Verde encontra-se no bairro de Pajuçara, zona norte do município de Natal. A zona norte é região mais carente da cidade. Pode-se dizer que existem “duas Natal”, a Natal do lado de lá do Rio Potengi (zona norte) e a do lado de cá (zonas leste, oeste e sul).

Funcionam na UBS quatro equipes de ESF sendo os médicos de duas das equipes participantes do “PROVAB” e das outras duas participantes do “Programa Mais Médicos”, inclusive uma dessas equipes dos “Mais Médicos” possui uma profissional médica estrangeira (Cubana).

Minha equipe é composta por mim, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, quatro ACS (porém desses quatros apenas dois que estão atuando como ACS, pois os outros dois estão alocados em atividades administrativas na direção da UBS), uma dentista e um auxiliar de saúde bucal.

A estrutura física da unidade consiste em dois consultórios médicos, dois consultórios odontológicos, escovodromo, farmácia, sala de preparo, sala de vacina, sala de curativo, sala de reunião dos ACS, banheiro, copa/cozinha e direção. Vizinho a UBS há a sede do Conselho Comunitário, espaço físico que também serve para o encontro do grupo de hipertensos e diabéticos, pois dentro da UBS não há espaço físico possível para as reuniões. Como não há consultórios suficientes para atendimento simultâneo de todos os médicos no mesmo turno, fazemos revezamento. Ficam dois médicos atendendo na UBS e dois externamente, realizando visita domiciliar, atividades de prevenção e promoção à saúde em escolas (logo no segundo dia de atuação pelo PROVAB tive oportunidade de realizar a abertura da Campanha de Vacinação contra o HPV numa escola como meninas de 12 a 13 anos) ou reuniões com o grupo de hipertensos e diabéticos, gestantes, adolescentes e idosos.

Os funcionários da UBS são bastante empenhados e possuem um bom relacionamento com os usuários, porém devido obstáculo da estrutura física acredito que o acolhimento fique um pouco a desejar, não sendo possível a acomodação confortável dos usuários enquanto aguardam atendimento. A farmácia

nem sempre estar abastecida com todos os medicamentos da farmácia básica, fato que deixa os usuários descontentes. A maioria dos usuários não tem condições financeiras para comprar medicações, que muitas vezes estão faltando tanto na UBS quanto na Farmácia Popular, o que dificulta o tratamento de suas doenças. Além disso, a Secretária Municipal de Saúde de Natal não fornece transporte para que a equipe da ESF realize visita domiciliar, tenho que usar meu próprio carro para essa atividade. Minha área é bastante grande, não fica próxima da UBS e as ruas do bairro em sua grande maioria não são calçadas!

Com relação à rotina da UBS são realizados atendimentos nos dois turnos de segunda a sexta-feira. As marcações das consultas sempre são feitas na semana que antecede o dia do atendimento.

Consultas referenciadas e solicitação de exames complementares por vezes demoram um pouco, devido à grande demanda e certa dificuldade da rede. Mas, sempre que indicado não êxito em solicitar.

Bom, isso foi um pouco sobre a UBS de Vista Verde. Perceber – se através desse breve relato que vários dos aspectos da Carta de Direito dos Usuários de Saúde não são respeitados, o que é uma pena, mas apesar dos obstáculos continuarei buscando oferecer uma Medicina de qualidade aos meus usuários e lutando para que o Brasil tenha um Sistema de Saúde melhor e mais digno a cada dia!

1.2. Relatório da Análise Situacional

Natal é um município brasileiro situado na região nordeste do país, é a capital do Rio Grande do Norte. De acordo com estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013, sua população era de 853 929 habitantes. A rede municipal de saúde é subdividida em cinco distritos sanitários (norte I e II, leste, oeste e sul), com população adstrita de 817.590 habitantes.

A implantação da atenção básica de qualidade ainda é um grande desafio para a cidade, bem como em outros centros urbanos. O baixo índice de cobertura na capital evidencia tal fato, apenas 33,34% (272.550) da população tem Estratégia de Saúde da Família (ESF) responsável por suas demandas de saúde.

A atenção primária à Saúde é composta por 25 unidades básicas de saúde (UBS) e 35 Unidades de Saúde da Família (USF), a maioria das USF concentram-se

em regiões onde a população apresenta maior vulnerabilidade social; há também, três unidades mistas e um posto de saúde, conforme o mapa abaixo. Atualmente, há dois NASFS em funcionamento.

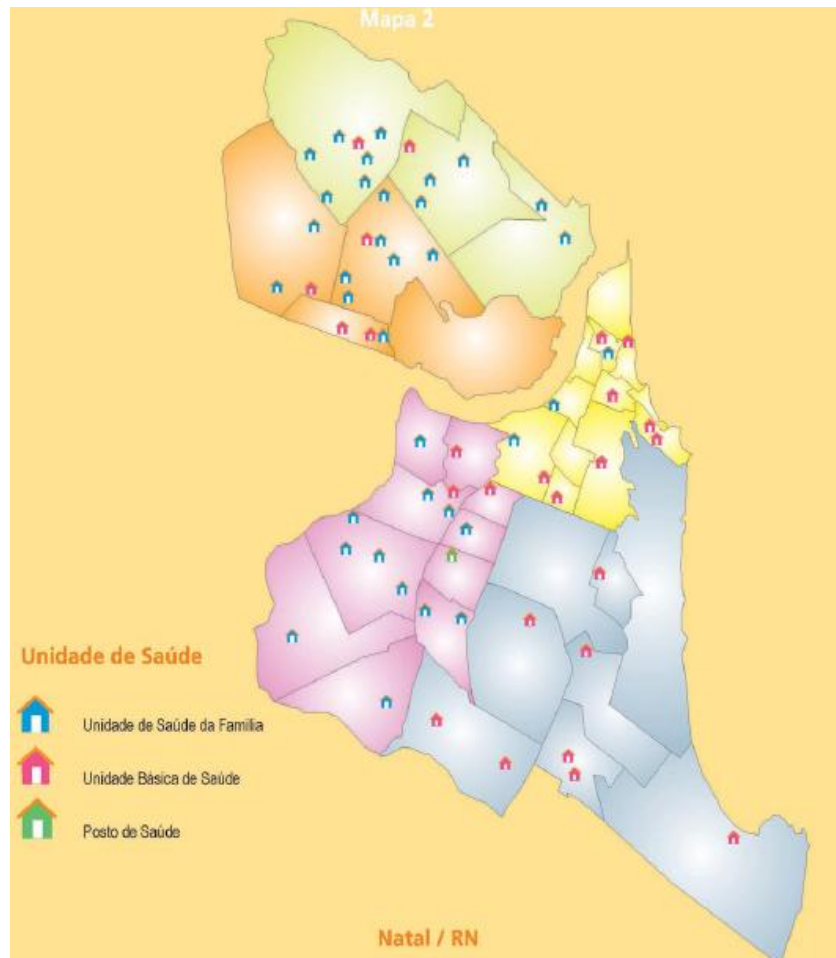


Figura 1 - Mapa de distribuição das unidades de saúde. Fonte: Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde. (Re)desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal / Secretaria Municipal de Saúde de Natal. – Natal, RN, 2007. Página 18.

Além disso, a saúde bucal dispõe de três Centros Odontológicos Especializados (CEO), sendo um infantil; a saúde mental conta com cinco Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), uma residência terapêutica e um ambulatório de saúde mental; há um centro de referência à saúde do idoso, um centro de controle de zoonoses e um centro de referência à saúde do trabalhador; duas maternidades; um hospital geral; quatro policlínicas; a rede de urgência possui duas Unidades de Pronto- Atendimento (UPA), Pajuçara e Cidade da Esperança, um Pronto Socorro Infantil, além de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Veja mapa abaixo.

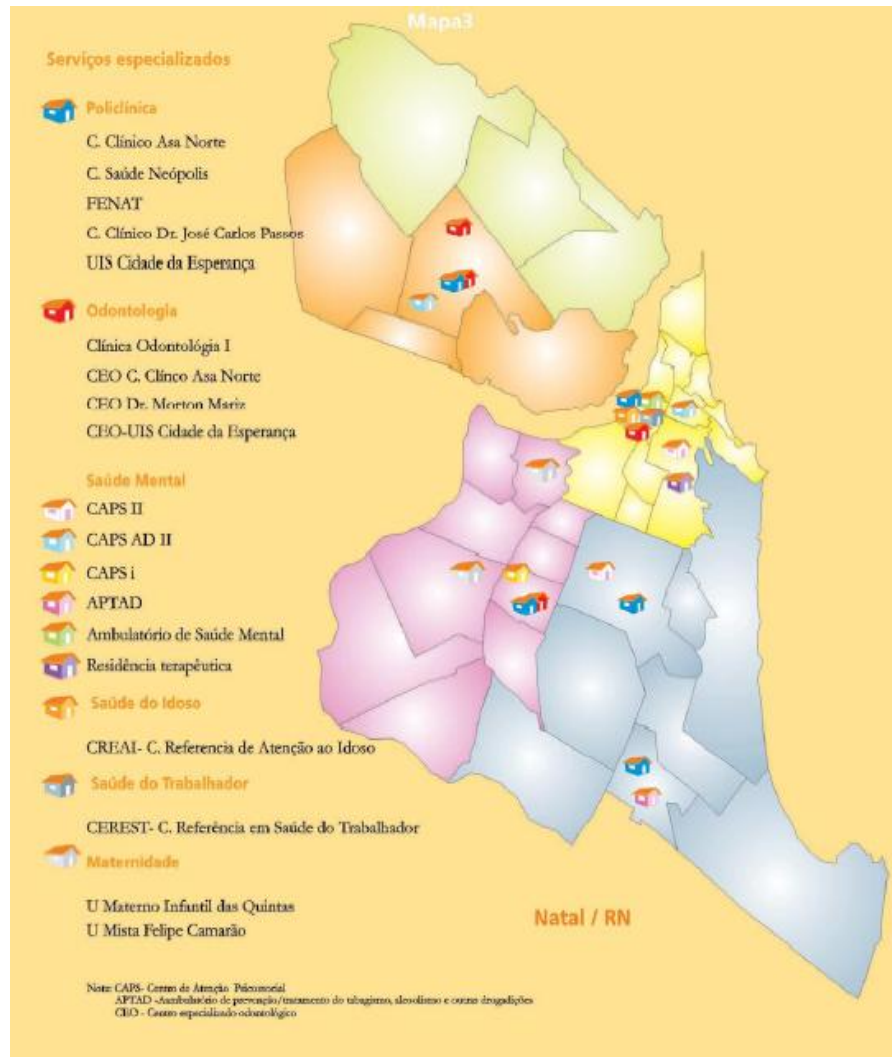


Figura 2 - Mapa de serviços especializados
 Fonte: Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde. (Re)desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal / Secretaria Municipal de Saúde de Natal. – Natal, RN, 2007. Página 20.

Com relação à média complexidade, a cidade do Natal foi estruturada com as policlínicas distritais, hospitais com unidades ambulatoriais autônomas e em unidades especializadas contratadas (rede filantrópica e privada). Conforme acordado na Programação Pactuada e Integrada (PPI), além da população residente na cidade, há demanda referenciada de outros municípios do Estado. O agendamento dos procedimentos (ver figura 3) deste nível de atenção ocorre de acordo com as normas estabelecidas pelo Sistema Municipal de Regulação.

Grupo de procedimentos de média complexidade

DESCRIÇÃO	DESCRIÇÃO
Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio	Exames ultra-sonográficos
Cirurgias ambulatoriais especializadas	Diagnose
Procedimentos traumato-ortopédicos	Fisioterapia
Ações especializadas em odontologia	Terapias especializadas
Patologia clínica*	Prótese e órteses
Anatomopatologia e citopatologia	Anestesia
Radiodiagnóstico*	Hemoterapia*

Fonte: tabela de procedimentos do SLA/SUS

* Esses grupos incluem procedimentos de alta e média complexidade.

Figura 3 - Grupo de procedimentos de média complexidade. Fonte: Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde. (Re)desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal / Secretaria Municipal de Saúde de Natal. – Natal, RN, 2007. Página 30.

Os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade (ver figura 4) fazem parte da gestão estadual, com isso o agendamento ocorre através da Central de Regulação do Estado.

Grupo de procedimentos de alta complexidade

DESCRIÇÃO	DESCRIÇÃO
Patologia clínica	Ressonância magnética
Radiodiagnóstico	Medicina nuclear
Hemodinâmica	Radiologia intervencionista
Terapia renal substitutiva	Tomografia computadorizada
Radioterapia	Hemoterapia
Quimioterapia	Acompanhamento de pacientes

Fonte: portaria GM/MS nº 627 de 26 de abril de 2001

Figura 4 - Grupo de procedimentos de alta complexidade. Fonte: Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde. (Re)desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal / Secretaria Municipal de Saúde de Natal. – Natal, RN, 2007. Página 31.

Os serviços ofertados na rede hospitalar (ver figura 5) estão relacionados às diversas especialidades médicas, inovações tecnológicas e qualificação profissional. Em Natal, há predominância de hospitais de pequeno porte (42%). A rede hospitalar é bastante heterogênea, já que não atende a uma lógica de desenho micro- regional, nem epidemiológica e sanitária, com concentração no distrito leste.

Grupo de procedimentos hospitalares de alta complexidade

DESCRIÇÃO	DESCRIÇÃO
Cardiovascular	Neurocirurgia
Gastroenterologia	Doenças do sono
Labiopalatais/deformações craniofaciais	Quimioterapia
Cirurgias oncológicas	Ortopedia
Radioterapia cirúrgica	Epilepsia
Implante coclear	Iodoterapia
Queimados	Tratamentos da Aids

Fonte: Portaria

Figura 5 – Grupo de procedimentos hospitalares de alta complexidade
 Fonte: Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde. (Re)desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal / Secretaria Municipal de Saúde de Natal. – Natal, RN, 2007. Página 32.

A UBS Vista Verde está localizada na zona urbana da cidade de Natal- RN (Distrito Norte I), no bairro Pajuçara. A unidade foi adaptada para ser USF e está em atividade há aproximadamente 10 anos. Atuam na unidade quatro equipes de ESF, cada uma com 01 médico, 01 enfermeiro, 01 dentista, 01 auxiliar de consultório dentário, 02 técnicos de enfermagem e em média 03 agentes comunitário de saúde (ACS). A USF funciona como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, tanto a clientela adscrita, como os usuários não cadastrados tem acesso à promoção, prevenção, cura e reabilitação de agravos à saúde, através dos vários programas e estratégias no âmbito individual e coletivo. Os atendimentos são realizados de segunda a sexta, nos dois turnos. Não são desenvolvidas atividade de ensino no âmbito da unidade.

A estrutura física consiste em: recepção/sala de arquivo; “sala de espera”; 06 consultórios, sendo 02 de enfermagem, 02 dos médicos, 01 da nutrição e 01 odontológico com 02 equipes e um escovodromo; sala da direção/administração; farmácia; sala de curativo; sala de vacina; copa; 02 banheiros, 01 para funcionários e 01 para usuários e sala dos ACS. Não dispomos de sala de reunião, sala de

nebulização, nem sala de esterilização e estocagem de material. A sede do Conselho Comunitário fica vizinho da UBS.

A acessibilidade da unidade é precária para deficientes físicos e idosos, há uma rampa de acesso, porém sem corrimão; o banheiro não é adaptado; o piso não é antiderrapante; as paredes são laváveis, porém rugosas; as janelas são de madeira e não possuem telas. O vazamento é um problema corriqueiro nas pias e sanitários, a mobília é inadequada e antiga. O banheiro dos usuários não permite acesso de cadeirantes e nem há barras de apoio.

Na farmácia constantemente falta medicamentos básicos como dipirona e paracetamol. Não há profissional farmacêutico e a dispensa dos medicamentos fica a cargo de ACS com desvio de função. Frente ao exposto, percebe-se que os gestores necessitam se empenhar quanto à melhoria estrutural da USF, proporcionando melhor ambiente para os usuários e profissionais. Esses problemas, juntamente com a falta de materiais, acarretam maior número de encaminhamentos, por exemplo, para realização de lavagem auditiva, coleta de preventivo, sutura etc., acarretando descrença da população em relação à atenção básica.

Para uma melhor adequação em relação às limitações estruturais, foi realizado pelos profissionais um cronograma de funcionamento das equipes para a distribuição das salas e diminuição do fluxo de pessoas na recepção/ sala de espera/ farmácia. Assim, em cada turno apenas duas equipes realizam atendimento na USF, enquanto as demais realizam visitas domiciliares ou reuniões. A direção é empenhada na resolução dos problemas, sempre enviando para Secretaria Municipal de Saúde (SMS) solicitações de materiais, equipamentos, manutenção da estrutura etc., entretanto, o retorno dessas reivindicações deixa a desejar.

De acordo com o Anexo I da Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011 algumas atribuições comuns a todos os profissionais da atenção básica infelizmente não vêm sendo executadas. Como por exemplo, participação no processo de territorialização e mapeamento da área feito apenas pelos ACS; notificação compulsória de doenças e agravos, apenas por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem. Nem todos profissionais promovem a mobilização e a participação da comunidade, efetivação do controle social e nem buscam parceiros e recursos na comunidade para potencializar ações intersetoriais.

Por outro lado, temos pontos positivos, o cuidado da saúde da população adscrita quer seja no âmbito da unidade, domicílio e demais espaços comunitários são realizados por todos, bem como participação em atividades de educação permanente e ações de educação em saúde.

O gerenciamento de insumos necessários para adequado funcionamento é realizado pelos profissionais médicos, enfermeiro, técnico de enfermagem e odontólogo. Após o levantamento, uma lista é entregue a direção para solicitação junto à Secretaria de Saúde.

O desfalque de alguns profissionais para compor as equipes acaba sobrecarregando os demais, que ficam acumulando e sendo desviados de suas funções. É preciso que não somente os profissionais que trabalham diretamente na USF desempenhem adequadamente suas atribuições, como também os gestores, que são responsáveis pela saúde pública e detentores do poder de aplicação dos recursos, daí a importância do engajamento público e do controle social.

A área abrangência da USF Vista Verde corresponde a 13865 pessoas, em média, 3466,25 pessoas/equipe, o que condiz com a média estabelecida pelo Ministério da Saúde. A equipe a qual faço parte é a responsável pelo atendimento da maior população adscrita, 3796 usuários.

O acolhimento é realizado por todos os membros da equipe em todos os dias nos diversos espaços da unidade. Através da realização da escuta qualificada, classificação de risco, avaliação das necessidades de saúde e análise de vulnerabilidade social é possível desenvolver um atendimento de qualidade.

O atendimento a demanda espontânea é ofertado por todos os profissionais: médico, enfermeiro e odontólogo; sendo maior para o médico. Os atendimentos estão organizados de modo a poder incluir a demanda espontânea no número de atendimentos diários. São agendados 15 atendimentos e reservados 5 para a demanda espontânea. Caso necessário, o usuário é orientado a procurar o serviço de pronto atendimento (UPA Pajuçara), localizada nas proximidades da UBS.

A Puericultura, na faixa etária entre 0 a 72 meses, é realizada pelos médicos, enfermeiras e dentistas. Engloba atividades de prática e orientação quanto ao cuidado, alimentação, vacinação, suplementação vitamínica, tratamento de doenças clínicas, etc. Apesar das ações serem baseadas nos manuais do MS, a UBS não adota protocolos ou manuais técnicos, não possui registros específicos, o que dificulta o monitoramento regular das mesmas.

A cobertura das crianças com menos de 1 ano foi de 92%, considerando ainda que algumas crianças fazem acompanhamento com pediatra, considero adequada. Porém, existem algumas dificuldades, como a necessidade de melhorar/ampliar a avaliação de saúde bucal, bem como a triagem auditiva. Dos testes de triagem neonatal apenas o teste do pezinho é realizado na UBS, e mesmo assim uma parcela das crianças não faz na UBS, e sim nos estabelecimentos onde nascem. Já a triagem auditiva deve ser realizada no local de nascimento do recém-nascido (RN) (Hospital ou Maternidade), e caso o estabelecimento não disponha de tal serviço, o usuário é encaminhado para o SUVAG - Centro de Saúde Auditiva, instituição filantrópica parceira do SUS.

Dessa forma, esse tipo de triagem acaba recaindo na questão das filas de encaminhamento. O teste de olhinho deve ser ofertado pelo estabelecimento de nascimento do RN, ou encaminhado para o serviço de oftalmologia da rede. Além disso, outro ponto negativo são os baixos índices relacionados ao retorno às consultas, sendo uma alternativa atentar as mães para as datas das consultas seguintes, a fim de melhorar esses índices, de acordo com o MS. Em contrapartida, a cobertura vacinal, bem como a orientação ao aleitamento materno e prevenção de acidentes são contemplados com êxito pela UBS.

O programa de Pré-Natal conta atualmente com 160 gestantes. O número estimado pelo caderno de ações programáticas de gestantes da área adscrita da UBS foi de 207, gerando assim um indicador de cobertura de 77%. Vale destacar, que a UBS atende também gestantes fora de área. As consultas são realizadas pelo médico e pela enfermeira, cada um dispondo de um turno semanal. Durante as consultas, é realizada o cálculo da idade gestacional, indagação sobre queixas, alimentação, uso do sulfato ferroso e ácido fólico (de acordo com o tempo de gestação), vacinação, última data da citologia oncótica, além de orientações gerais

sobre a gravidez, o parto e o puerpério. Após anamnese, realiza-se o exame físico, que consiste no exame clínico geral e obstétrico.

Temos disponibilidade dos protocolos e manuais do MS sobre o Manejo do Pré - Natal de baixo risco. O que contribui na uniformização e atualização das condutas. As gestantes são cadastradas no SISPRÉ-NATAL e os atendimentos registrados no prontuário e no cartão da gestante.

Durante o acompanhamento, caso seja identificado alguma anormalidade no pré-natal de baixo risco, a gestante é prontamente encaminhada ao pré-natal de alto risco no Centro Clínico Zona Norte, e continua assistência ao pré-natal em paralelo com a UBS e o alto risco. Não há dificuldades na realização de exames laboratoriais, no entanto, há excesso de demanda para o agendamento das ultrassonografias obstétricas.

Um ponto negativo que já está sendo contornado é ausência de um grupo de gestantes em minha equipe. Trabalhar em grupo no pré-natal é uma estratégia interessante, que permite ampliar o conhecimento, o acesso e os cuidados do processo gravidez/parto/puerpério. Dessa forma, garantindo uma assistência ao pré-natal de qualidade, objetivando assegurar um bom desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável.

Em relação a análise do puerpério, o número estimado pelo caderno de ações programáticas de partos nos últimos 12 meses foi de 202 e o número de mulheres que fizeram consulta puerperal foi de 144, gerando um índice de cobertura de 71%. Todas as equipes da UBS realizam visitas domiciliares de revisão de parto e repassam orientações de cuidados para a mãe e do recém-nascido. Os indicadores de qualidade de atenção ao puerpério estão adequados. O que temos dificuldade é em relação avaliação do estado psíquico, haja vista dificuldade de encaminhamento aos especialistas.

Quanto à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, as ações desenvolvidas pela UBS Vista Verde são a coleta de material citopatológico e solicitação de mamografia. Além disso, durante as consultas são realizadas orientações quanto à periodicidade e importância da realização das ações preventivas para as mulheres na faixa etária de rastreamento e de maior risco.

O número estimado pelo caderno de ações programáticas de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área foi de 3487, e o total de mulheres nesta faixa etária

residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero é de 2048, gerando um indicador de cobertura de 59%. Quanto aos indicadores de qualidade: 88% das mulheres estão com citopatológico para câncer de colo de útero em dia, 15% estão com exame com mais de 6 meses de atraso, 6% apresentaram exame alterado, 88% foram avaliadas para risco de câncer de colo de útero e orientadas sobre DST'S e 83% dos exames coletados foram amostras satisfatórias e com células representativas da JEC.

A citologia oncótica para prevenção do câncer de colo de útero é realizada pela enfermagem e seguimos as recomendações do MS. A data e o resultado do Papanicolau são registrados no prontuário. Realizamos registro também no SISCOLO. A UBS disponibiliza o Caderno de Atenção Básica- Controle dos cânceres de colo de útero e da mama, para consulta dos profissionais. As usuárias que apresentam exames alterados são encaminhadas para ginecologia do Centro Clínico da Zona Norte, para seguimento e procedimentos necessários.

Os resultados dos exames são obtidos através da rede e impressos na própria UBS, porém, estamos há um mês sem internet e telefone, então muitos exames estão com atraso na entrega de resultados. Outro empecilho que estamos enfrentando atualmente é a greve das enfermeiras e técnicas de enfermagem, o que traz impacto no processo de trabalho, já que preparo do material e realização dos exames são realizadas por esses profissionais, além das eventuais faltas de material como lâminas.

Sobre a prevenção do câncer de mama, o número estimado pelo caderno de ações programáticas de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área foi de 1042 e o total de mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama é de 895, gerando um indicador de 86%. Em relação aos indicadores de qualidade: 83% estão com mamografia em dia, foram avaliadas para risco de câncer e orientadas sobre prevenção, e 16% estão com mamografia com mais de três meses de atraso.

As mamografias são solicitadas conforme as orientações do MS e registradas no SISMAMA. O exame clínico das mamas sempre que possível é realizado e orientamos as usuárias quanto ao autoexame. Sempre registramos no prontuário dados sobre a última mamografia realizada, seu BIRADS e também, caso tenha realizado USG mamária.

Diante dos percentuais de cobertura/qualidade sobre a prevenção do câncer de colo de útero e mama, percebo que temos que melhorar/ ampliar a cobertura da prevenção do câncer de colo de útero, o qual gerou índice de apenas 59%, embora os índices de qualidade estejam satisfatórios. Em relação à prevenção do câncer de mama apresentamos bons índices tanto de cobertura como de qualidade. Porém, as ações preventivas se restringem praticamente ao momento da consulta, já que na UBS não há grupo de mulheres.

Em relação ao seguimento de mulheres com exame alterado, pode ser feito um registro em um livro, onde constará o nome, idade, endereço, telefone, resultado do exame, data do exame e o nome do ACS. Com isso, juntamente com a ajuda do ACS, mensalmente repassaremos os nomes das mulheres a serem recrutadas por eles para coleta do exame, caso não procurem a UBS neste período. Com objetivo de estreitar os laços com as mulheres com exame alterado, é importante informá-las sobre a necessidade de consultas de retorno à UBS, mesmo que estejam sendo acompanhadas por especialistas.

Para análise da atenção aos hipertensos e diabéticos, foi utilizado o caderno de ações programáticas e o relatório quadrimestral. Foi levantada uma estimativa através do relatório quadrimestral quanto ao número de diabéticos e hipertensos residentes na área e acompanhados pela UBS em 2013 de 1345 hipertensos, o que corresponde a um índice de cobertura de 47% e 336 diabéticos, 41% de cobertura. Esses índices são insatisfatórios, e sinalizam que temos muito a melhorar na assistência dessa parcela da população.

O programa Hiperdia não funciona adequadamente em Vista Verde por vários motivos, tanto de ordem operativa-organizacional quanto por falta de material/insumo. A UBS possui apenas 01 tensiômetro e, embora haja aparelhos de HGT, eles não funcionam ou não possuem fitas reagentes, também não dispomos de monofilamento e nem de antropômetro. Em relação à operacionalização e organização, o que deixa a desejar, é o fato de não possuímos um registro detalhado de acompanhamento, nem formulários específicos para atendimento dessa clientela, dificultando o planejamento de ações e avaliação dos indicadores de qualidade.

Todos os profissionais da UBS estão envolvidos no atendimento dos usuários, quer seja na busca ativa, no acolhimento, no preparo, vacinação ou consulta. Não temos um dia específico para HAS e DM, por acreditarmos que o engessamento

dos atendimentos acaba por impedir novos diagnósticos, pois muitas vezes os usuários buscam a UBS por outros motivos e não devemos perder a oportunidade de rastreio dessas doenças tão prevalentes em nosso meio. Isso possibilita um cuidado integral e longitudinal do indivíduo.

A mudança do estilo de vida é fundamental no tratamento da HAS e DM. A moderação com o álcool, o abandono do tabagismo, alimentação equilibrada, prática regular de exercícios físicos e hábitos de vida saudáveis, são temáticas que devem ser abordadas com a população alvo e estendida a população em geral. A equipe também conta com uma nutricionista que atende um turno por semana e um educador físico que contribui para o grupo de caminhada do hiperdia, o qual se reúnem 3x por semana na quadra que fica ao lado da UBS.

Na UBS temos disponíveis Cadernos de Atenção Básica com estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica. Porém, os usuários não são rotineiramente estratificados para risco cardiovascular. Embora sejam seguidas as orientações do MS sobre rastreio, diagnóstico /tratamento e seguimento de HAS E DM.

Em relação à Saúde do Idoso a estimativa de 1500 idosos residentes na área, disponível na lista de denominadores na tela inicial do Caderno de Ações Programáticas parece adequada com a realidade da UBS. Embora, a estimativa através do relatório quadrimestral 2013 do número de idosos residentes na área e acompanhados pela UBS seja de 800, gerando um indicador de cobertura de 53%. O que traz reflexões sobre a participação, busca por atendimento e acolhimento dessa parcela da população. A Saúde do idoso assim como acontece com Hipertensão e Diabetes é um setor de fragilidade na UBS.

Os indicadores da qualidade da atenção à Saúde do Idoso foram os seguintes:

Não dispomos de informação sobre número de idosos com caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; 67% dos idosos passaram por avaliação multidimensional rápida, avaliação de risco de morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientação nutricional e de atividade física e estão com acompanhamento em dia; 78% são hipertensos; 34% diabéticos; 29% estão com avaliação bucal em dia.

Esses índices apontam que o cuidado bucal dos idosos está insatisfatório e que a cobertura embora seja maior que 50% do estimado também carecem de melhorias.

O atendimento aos idosos acontece todos os dias e nos dois turnos na UBS de acordo com a demanda espontânea, a procura por atendimento dessa parcela da população é devido em sua maioria por HAS, DM e medicações de uso controlado, principalmente benzodiazepínico. Todos os profissionais da UBS estão envolvidos no cuidado aos idosos e várias são as ações desenvolvidas: imunizações, promoção da atividade física e hábitos alimentares, saúde bucal e consultas.

Realizamos visita domiciliar aos usuários que necessitam e contamos com apoio do PRAE – Programa de Acessibilidade Especial – Porta a Porta, é um serviço gratuito de transporte com veículos acessíveis e adaptados para o transporte de pessoas comprovadamente com mobilidade reduzida, devido a uma deficiência, à idade ou a qualquer outro fator, mas que não corra risco de vida, não estando em uma situação de urgência ou emergência. O serviço é gerenciado pela Prefeitura do Natal através da STTU e SMS, em parceria com o SETURN.

Não existe formulário ou livro de registro específico do atendimento dos idosos, muito menos protocolo ou programa de atenção ao idoso implantado na UBS. Nossa equipe está fazendo um mural de visitas domiciliares e faremos o mapeamento dos acamados da área. Devido a SMS não disponibilizar transporte foram realizadas poucas visitas, ou seja, são realizadas com o carro dos profissionais. Somado a isso temos a dificuldade de acesso, carência, a atual greve de ACS e falta de material de suporte para as visitas como tensiômetro, aparelho de HGT e Termômetro que dificultam ainda mais o trabalho.

Pretendemos com o mapeamento melhorar a assistência desses usuários. Os grandes desafios da UBS Vista Verde quanto à atenção ao idoso é fazer o uso da caderneta de saúde da pessoa idosa e ampliar a realização da avaliação multidimensional rápida, pois constituem ferramentas simples, de baixo custo e que podem trazer muitos benefícios. A partir da utilização destes instrumentos a atenção ao idoso poderá ser de melhor qualidade.

Finalizando este relatório, podem-se elencar alguns grandes desafios que a UBS enfrenta a maioria já citados ao longo do texto, tais como: a falta de recursos humanos; a falta de recursos materiais; falta de transporte para realização de visitas domiciliares; falta de uma estrutura física adequada; deficiência na organização do processo de trabalho; assim como a utilização de protocolos e registro específicos, entre outros menos relevantes.

Em contrapartida, devem-se citar também os pontos positivos que merecem destaque, pois apesar das dificuldades listadas acima, a UBS Vista Verde conta com a boa vontade da maioria dos profissionais para o trabalho; com acolhimento aos usuários como o “Posso Ajudar?”, além de grupos relacionados ao Hiperdia e as gestantes.

1.3. Comentário comparativo entre o texto inicial e texto após análise sistemática da situação da ESF/APS

Ao realizar análise comparativa entre o relatório da análise situacional e o texto “Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?”, foi possível identificar aspectos que antes não haviam sido percebidos. Além disso, aprendi muito em relação tanto à estrutura física quanto em relação de como deve adequadamente ser o funcionamento do serviço de uma ESF. Desse modo, conclui que UBS Vista Verde ainda necessita de muitas adequações, quer seja por parte dos profissionais, no aprimoramento do processo de trabalho através da utilização de protocolos de atendimento/registros específicos para os principais programas desenvolvidos, quer seja pela atenção dos gestores, participação popular e engajamento público por parte da comunidade.

2. Análise Estratégica - Projeto de Intervenção

2.1. Justificativa

As doenças crônicas degenerativas representam hoje as grandes causas de morbimortalidade no mundo moderno. São em sua maioria multifatoriais e possuem fatores de risco comuns entre si. Diabetes mellitus (DM) e Hipertensão arterial sistêmica (HAS) são duas doenças bastantes presentes no dia a dia de qualquer profissional e/ou serviço de saúde. A atenção básica como porta de entrada do SUS apresenta grande demanda no manejo e cuidado dessas patologias.

A prevalência da HAS no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo à maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

O diabetes mellitus (DM) não controlado pode provocar, em longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos epidemiológicos sustentam a hipótese de uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular. Também está associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares. Desta forma, sendo responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida (SCHMIDT et al., 2010).

Após análise situacional, percebemos que a assistência a hipertensos e diabéticos em nosso serviço apresenta fragilidades e requer maior atenção. O programa HIPERDIA não funciona bem na UBS Vista Verde tanto por questões de

ordem organizacional-operativa quanto de material/insumo. O fato de não possuímos um registro detalhado de acompanhamento, nem formulários específicos para atendimento dessa clientela, dificulta o planejamento de ações e avaliação dos indicadores de qualidade.

Através de estimativa do relatório quadrimestral de 2013 quanto ao número de hipertensos e diabéticos residentes na área e acompanhados pela UBS, constatou-se 1345 hipertensos, o que corresponde a um índice de cobertura de 47% e 336 diabéticos, 41% de cobertura, índices insatisfatórios e alarmantes diante de doenças crônicas tão prevalentes.

Pretendemos com a intervenção melhorar o registro e acompanhamento desses usuários. Além, de incrementar o rastreio, diagnóstico, seguimento, controle e tratamento.

2.2. Objetivos e Metas

2.2.1. Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde da Família Vista Verde – Natal/RN.

2.2.2. Objetivos específicos e respectivas metas

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

- Meta 1.1: Cadastrar 58 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

- Meta 1.2: Cadastrar 58 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

- Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

- Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

- Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.
- Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.
- Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.
- Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.
- Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.
- Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3. METODOLOGIA

2.3.1. AÇÕES E SEU DETALHAMENTO

Serão desenvolvidas ações dentro dos quatro eixos pedagógicos do curso: organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica e monitoramento e avaliação. A seguir serão apresentadas as ações e seus detalhamentos para os referidos eixos.

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

Meta 1.1: Cadastrar 58 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2: Cadastrar 58 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações:

Eixo: Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de atenção a hipertensão e diabetes mellitus da unidade

Detalhamento: Para garantir que o cadastramento no programa, será preenchido um formulário com as informações básicas de identificação e uma ficha espelho com espaços para anotações de medicações, medidas antropométricas e exames complementares realizados, além disso, será distribuído a caderneta do HiperDia que a prefeitura já disponibiliza, onde há espaço reservado para anotações de aferições de pressões e glicemia capilar.

Eixo: Organização e gestão do serviço

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização de hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: O acolhimento na unidade já feito por todos os membros da equipe, ao esclarecer os funcionários quanto a existência do projeto, eles saberão informar melhor os usuários sobre como devem proceder e a quem devem se dirigir. Também será elaborada uma carta convite que será dada aos usuários do programa, pedindo que compareçam a unidade para uma consulta trazendo seus exames mais recentes. Solicitar à Secretária Municipal de Saúde através da

Direção da UBS materiais para realização de procedimentos necessários ao acompanhamento e avaliação dos usuários.

Eixo: Engajamento Público

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

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

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

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

Detalhamento: Por meio de atividades coletivas como rodas de conversas, sala de espera serão abordados e trabalhados tais temas.

Eixo: Qualificação da prática clínica

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

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

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

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

Detalhamento: Oficina teórico-prática sobre hiperdia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ações:

Eixo: Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: A unidade não possui nem um protocolo, será utilizado aquele proposto pelo Ministério da Saúde. Utilização da ficha-espelho, a qual que obedece as orientações do protocolo do Ministério da Saúde, a ser aplicado pelo menos uma vez ao longo do projeto. O instrumento mencionado possuirá um espelho de exames no qual além de poder ser acompanhado a evolução do tratamento, poderá ser checado se a periodicidade é compatível com o preconizado pelo protocolo. Registrar e acompanhar na planilha de coleta de dados e ficha espelho o acesso aos medicamentos da Farmácia popular/ Hiperdia.

Eixo: Organização e gestão do serviço

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

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

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Antes da implementação do projeto será realizada uma reunião para esclarecimento do projeto e como cada membro da equipe poderá contribuir, inclusive aproveitando a oportunidade para revisar com os técnicos de enfermagem a propedêutica de aferição de pressão e hemoglicoteste.

Na mencionada reunião, serão abordadas as principais dúvidas sobre essas patologias, além disso, durante outras reuniões de equipe será retirado um momento para discussão de casos e atualização científica.

A UBS possui o Caderno de Atenção Básica com orientações sobre os cuidados dos portadores de doenças crônicas, atualizado e disponível aos profissionais para consulta.

Agilidade na realização de exames complementares, ação difícil de ser realizada, para isso seria necessário um entendimento da gestão quanto a essa necessidade e mudar aspectos estruturais da rede. Portanto, garantir maior agilidade nesse contexto e em tão pouco tempo será muito difícil, mas todos os ganhos do projeto serão reiterados junto ao gestor.

Durante o seguimento clínico, a percepção de atraso em exames será corrigida com novas solicitações, obedecendo, claro, critérios clínicos.

Mensalmente realizar avaliação e controle de estoque da farmácia da UBS.

Ao final do projeto, será feito um levantamento das principais medicações utilizadas e dado a direção para que sirva de pleito junto à gestão de envio dessas drogas a unidade.

Eixo: Engajamento Público

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

Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

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

Detalhamento: Todas as ações destinadas a esse eixo dizem respeito basicamente a orientações que já são realizadas nas consultas e visitas domiciliares. Tais orientações serão reforçadas ao grupo de hipertensos e diabéticos da USF Vista verde, bem como em ações voltadas para esse público. É importante ressaltar que no local de cadastramento dos usuários poderemos realizar rodas de conversa como a comunidade além de salas de espera, que também reforçam as medidas preconizadas para esse eixo. No bairro, não há conselho comunitário o que prejudica a existência de líder comunitários mais atuantes, o que exige dos membros da equipe o constante incentivo através de rodas de conversa e inclusão desse tema em atividades já realizadas na unidade.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

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

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

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

Detalhamento: Durante reuniões semanais de equipe, haverá oficina teórico-prática sobre hiperdia, com atualização e capacitação da equipe.

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

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

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Checar semanalmente no livro de marcação os usuários cadastrados no HiperDia que faltaram à consulta. Durante a implementação do projeto, será destinado um número de semanas para o atendimento desses usuários; como é possível ter a relação nominal de todos eles, ao final de cada semana, os faltosos serão checados.

Eixo: Organização e gestão do serviço

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Após o levantamento semanal será verificado quais usuários atendem critérios para visita domiciliar, sendo assim, incluídos nas visitas que já realizo semanalmente. Aqueles que não atendem critérios serão novamente chamados a unidade e se não compareceram a segunda chamada, uma visita domiciliar será agendada.

Eixo: Engajamento público

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Durante as atividades coletivas com a comunidade, tais como: sala de espera e rodas de conversas, informaremos sobre a importância do seguimento adequado da hipertensão e diabetes.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Oficina teórico-prática sobre hiperdia.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Com a aplicação da ficha espelho, poderemos não apenas registrar a primeira consulta, como garantir o seguimento desses usuários.

Eixo: Organização e gestão do serviço

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento registros.

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

Detalhamento: Todas as informações pertinentes serão atualizadas no SIAB pela equipe. A ficha espelho atuará com o registro próprio do HiperDia servindo de guia de acompanhamento e de alerta para o seguimento adequado.

Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento: Informar os usuários sobre seus direitos e divulgar a carta de direitos dos usuários do SUS.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

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

Detalhamento: Será feito durante as reuniões de equipe durante a oficina teórico-prática sobre hiperdia, principalmente no que tange ao preenchimento correto do cartão do HiperDia.

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

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

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Os escores de estratificação de risco fazem parte da ficha espelho, sendo anotados e acompanhados.

Eixo: Organização e gestão do serviço

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda

Detalhamento: Praticar o princípio da equidade. Priorizando o atendimento dos usuários de alto risco através da marcação imediata de seu próximo atendimento.

Eixo: Engajamento público

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

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

Detalhamento: Esclarecer o usuário durante os atendimentos a respeito de seu score de risco e sobre como deve ser seu acompanhamento. Além, de estimular mudança no estilo de vida.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, e especial a avaliação dos pés.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

Detalhamento: Oficina teórico-prática sobre hiperdia, realizada durante as reuniões de equipe.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento: Analisar o registro de seguimento e acompanhamento do Hiperdia quanto atendimento odontológico. Essas orientações já fazem parte da rotina do atendimento médico, bem como são constantes alvos de ações em grupo. Ao checar a periodicidade das consultas, já estamos checando se esses usuários receberam ou não essas orientações.

Eixo: Organização e gestão do serviço

Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético.

Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

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

Detalhamento: O NASF será comunicado sobre o projeto e com isso instituiremos parceria com os profissionais educadores físicos.

Em relação a demandar compra de medicamentos para tratamento do tabagismo só seria possível se a unidade se transformasse em uma unidade tratadora de tabagismo e como até então isso não é certo, o município não envia tais medicações a unidade, além disso, tem ocorrido certa escassez desses medicamentos pela grande defasagem na rede e por isso tal ação não pode ser implementada em tempo hábil.

Eixo: Engajamento público

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

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

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

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

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

Detalhamento: Durante as rodas de conversas estimular a comunidade a participar de sua gestão de saúde, promovendo um elo entre a comunidade e o serviço de saúde.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

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

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: Oficina teórico prática sobre Hiperdia, realizada durante as reuniões de equipe.

2.3.2. Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 58 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 58 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico 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 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2. 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 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

Indicador 4.2. Proporção de 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.

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

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

Indicador 5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3. Logística

Para o desenvolvimento desta intervenção será utilizado como protocolo o caderno de atenção básica número 37- Hipertensão arterial sistêmica e o caderno de atenção básica número 36-Diabetes Mellitus, ambos publicados no ano de 2013 pelo Ministério da Saúde.

O cadastramento desses usuários já está sendo feito pelos agentes de saúde; para garantir que ele está cadastrado no programa, será distribuído junto com a carteira da unidade, o cartão do HiperDia que a prefeitura já disponibiliza, onde há espaço reservado para anotações de aferições de pressões, bem como dos medicamentos utilizados. Durante as consultas, será checado se o usuário possui o cartão, o que garante que o cadastramento foi realizado, bem como se este encontra-se atualizado com as medicações atuais.

Checar semanalmente no livro de marcação os usuários cadastrados no HiperDia que faltaram a consulta. Durante a implementação do projeto, será destinado um número de semanas para o atendimento desses usuários e como é possível ter a relação nominal de todos eles, ao final de cada semana, a médica e a enfermeira identificará os faltosos.

A monitorização será feita através da aplicação da ficha espelho elaborada para a intervenção. Nela constam todas as informações necessárias para o seguimento clínico desses usuários, o que inclui exame físico alterado e exames laboratoriais atualizados, portanto, ao preencher semanalmente a planilha de coleta de dados, será possível saber quem são esses usuários e assim, tomar as medidas necessárias para a correção desses aspectos.

Todas essas atividades serão feitas com a aplicação das fichas-espelho e assim será possível garantir a coleta dos dados e digitalização das informações na planilha. Dessa forma, conseguiremos obter uma organização dos dados dos usuários cadastrados no programa e intervir de maneira rápida quando identificado usuários de risco ou em atraso nas estratificações e exames complementares.

O acolhimento na unidade é feito pela equipe do dia; ao esclarecer aos membros da equipe sobre a existência do projeto, eles saberão informar melhor aos usuários sobre como devem proceder e a quem devem se dirigir. Também será

elaborada uma carta convite que será dada aos usuários do programa, pedindo que compareçam a unidade para uma consulta trazendo seus exames mais recentes.

Esses dispositivos já estão disponíveis na unidade, em caso de falta, comunicarei a direção. Também serão checados prazos de validade, última inspeção e demais aspectos técnicos.

Será solicitado ao distrito o material necessário para o hemoglicoteste, porém não podemos garantir que seremos bem sucedidos, haja vista a completa escassez de materiais desse tipo no município. É muito provável que essa ação não será realizada como planejado.

Sendo assim, incluídos nas visitas que já realizo semanalmente. Aqueles que não atendem critérios serão novamente chamados a unidade e se não compareceram a segunda chamada, uma visita domiciliar será agendada.

Antes de iniciar a coleta de dados, será realizada uma reunião com a equipe para esclarecimento da intervenção e do papel de cada membro neste projeto, bem com pactuação quanto aos registros das informações. Além disso, durante toda a intervenção, uma das pautas das reuniões de equipe será sempre o monitoramento das ações e as capacitações profissionais poderão ser realizadas através do diálogo e discussão dos protocolos instituídos.

Ao final do projeto, será feito um levantamento das principais medicações utilizadas e dado a direção para que sirva de pleito junto a gestão para envio dessas drogas a unidade.

Todas as informações pertinentes serão dadas a enfermeira da área que atualizará as informações que são cadastradas no SIAB. Esse projeto também servirá como suporte a implementação da PMAQ, que está ocorrendo na unidade.

Com aplicação dos escores de Framingham será possível identificar todos os usuários de alto risco e por isso, retornos precoces deverão ser agendados para garantir um seguimento clínico adequado. Como a marcação de consultas é feita semanalmente, faremos o planejamento do número de usuários que precisam de um atendimento prioritário, agendando-os no dia estabelecido para a aplicação das fichas espelho. A dentista irá priorizar o atendimento de acordo com o risco odontológico e condições materiais existentes na UBS.

Para a realização dessas atividades, aproveitaremos os encontros que já existem com esses usuários nas reuniões mensais, que ocorrem na sede do Centro Comunitário do bairro, e o grupo de caminhadas que se reúne todas as segundas

feiras, na própria unidade. Nesses momentos, aproveitaremos para realizar breves rodas de conversas e dinâmicas em grupo para incentivar a alimentação saudável, atividade física regular e abandono do tabagismo. O NASF será comunicado sobre o projeto e esperamos contar com o apoio da nutricionista, psicóloga e educador físico para a implementação do projeto.

Todas as ações destinadas a esse eixo dizem respeito basicamente a orientações que já são realizadas nas consultas e visitas domiciliares e que serão reforçadas nos grupos de HiperDia e caminhadas. Além disso, todas essas informações serão reforçadas junto aos agentes para que estes também sejam agentes multiplicadores e ajudem a criar atores sociais naquela comunidade.

A qualificação da prática clínica será realizada basicamente através das reuniões entre os membros de equipe que já são rotina da unidade. Sempre a base para qualquer discussão serão os protocolos do ministério da saúde, entretanto outras fontes poderão ser usadas como, por exemplo, artigos científicos. As reuniões de capacitação dos membros de equipe quanto a aferição de pressão, utilização do hemoglicoteste, exame físico e anamnese, bem como das complicações dessas doenças serão feitas das duas primeiras semanas do projeto, porém nas reuniões de equipe que ocorrerão semanalmente, as quais servirão também como oportunidade de monitoramento da intervenção, poderão ser utilizadas para discussão e assim, capacitação e qualificação da prática clínica, obedecendo é claro, a necessidade de todos os membros.

3. Relatório de Intervenção

O fim da intervenção traz, de fato, grandes reflexões sobre os desafios e conquistas ao longo das semanas dedicadas a esse projeto. Sem dúvida, ele representou o primeiro passo para uma mudança do Hiperdia da UBS Vista Verde, que até então era visto apenas como renovação de receitas para hipertensos e diabéticos. Antes da intervenção não havia organização no atendimento, o adequado seguimento clínico, acompanhamento médico e rastreio de complicações secundárias dessas doenças.

Em virtude dessas dificuldades, a escolha do tema Hiperdia acabou sendo extremamente plausível e oportuna, permitindo a equipe a percepção que o programa deve visar promoção, mas também o olhar clínico e a atenção constante do cuidado através de ações tais como: acolhimento, busca ativa, cadastramento e estratificação de risco.

A duração da intervenção foi de 12 semanas, abrangendo o período de 8 de agosto a 30 de outubro de 2014. Com a intervenção, realizamos o cadastramento de 275 hipertensos e 141 diabéticos em um período de três meses, além disso, aproveitamos as reuniões de equipe para discussão quanto ao andamento do projeto, avaliando suas dificuldades e méritos, além de anseios e dúvidas dos profissionais envolvidos. Conseguimos convocar usuários pouco assíduos a UBS e que portanto estavam com exames atrasados e, em sua maioria não haviam ainda realizado rastreio das complicações secundárias, como: neuropatia periférica, retinopatia ou proteinúria, assim tivemos a oportunidade de solicitar tais exames/encaminhamentos. Dessa forma, conseguimos realizar em sua totalidade o eixo de monitoramento e avaliação do Hiperdia.

Outro eixo que também conseguimos desenvolver foi o de qualificação de prática clínica, pois realizamos atualização científica nas oficinas teórico-práticas sobre HAS e DM através da discussão dos protocolos do Ministério da Saúde, além de capacitação quanto: ao preenchimento da ficha espelho, noções básicas sobre exame físico e de medidas antropométricas, verificação de pressão arterial, hemoglicoteste, cálculo do escore de Framingham e exame do pé diabético. A promoção à saúde foi trabalhada tanto por meio de orientações quanto a

alimentação saudável, prática de atividade física e cessação do tabagismo durante as consultas, nas atividades coletivas e nas salas de esperas.

Embora muitas ações tenham sido desenvolvidas, algumas delas deixaram a desejar, principalmente no que tange ao engajamento público. A ausência de um conselho comunitário e de usuários mais atuantes tornou difícil o despertar dos participantes quanto a importância de uma presença mais efetiva na unidade. Ao longo desse período, pude perceber que não apenas os usuários, mas também a equipe possui um frágil engajamento político no que diz respeito mudanças e reivindicações, e isso talvez seja uma das tarefas mais difíceis de ser realizadas, pois exige uma reconstrução no pensar de cada indivíduo e portanto, mais tempo seria necessário para o despertar reflexivo e amadurecimento de ideias e ações.

O eixo da organização e gestão do serviço também apresentou entraves, não por parte da organização, que conseguimos apesar de tudo, garantir o registro dos usuários, melhorar o acolhimento, realizar visitas domiciliares, solicitar exames, atualizar e organizar o SIAB. Mas por parte da gestão, não tivemos o apoio substancial da gestão municipal seja na captura de recursos ou na instituição de parcerias.

Sem dúvida, as maiores dificuldades dessa intervenção foram: desfalque dos agentes de saúde, a falta de apoio da gestão e das demais equipes da UBS. O desfalque dos ACS foi devido transferência de um ACS para outra UBS e constantes faltas dos restantes por retirada de “folgas” e/ou férias durante o período da intervenção. O que prejudicou essencialmente a convocação dos usuários ao comparecimento para atividades coletivas, além do cadastro e busca ativa na área. Sem os agentes de saúde, que realizavam a convocação, a coleta reduziu bastante e ficou sendo essencialmente pela demanda dos atendimentos agendados, ou seja, quando um usuário comparecia a unidade para consulta, aproveitávamos a oportunidade para o preenchimento da ficha espelho e cadastramento no programa, dificultando bastante obter as metas instituídas no início do projeto.

As demais equipes da UBS Vista Verde não nos apoiaram na intervenção, de modo que as ações se restringiram a clientela adscrita de nossa equipe.

Outra grande dificuldade foi o completo descaso por parte da gestão municipal com o projeto. Apesar de enviarmos ao distrito Norte I diversos ofícios solicitando materiais não obtivermos qualquer recurso, nem mesmo o mínimo como tensiômetros e aparelhos ou fitas de hemoglicoteste. Aliás, as ações coletivas

realizadas tiveram os hemoglicotestes custeados pela caixinha da equipe e outra parte conseguida por favor do novo administrador com sua antiga UBS.

Finalmente finalizando o projeto, que apesar de trazer gratas surpresas e aprofundar os meus conhecimentos sobre a UBS em que trabalho e a respeito da atenção básica de maneira mais abrangente, também foi bastante laborioso e cansativo, pois afinal de contas implantar mudanças no processo de trabalho requer paciência e determinação. Concluo satisfeita de que todos da equipe empenharam-se em fazer e projeto dar certo e que as metas foram em sua maioria atingidas, ainda que alguns pontos não tenham alcançado o alvo esperado.

O projeto de intervenção foi o marco inicial da reativação / renovação do Hiperdia na UBS Vista Verde e apesar, de tal fato ter trazido mais “trabalho” para equipe, acredito que suas ações serão incorporadas a rotina da UBS. Continuaremos com o cadastramento dos usuários nas semanas subsequentes. E, desejamos também que a rotina de seguimento clínico persista, assim como as ações de prevenção e de promoção à saúde, haja vista os benefícios que a sistematização do atendimento proporciona tanto para os usuários como para os profissionais de saúde.

4. Avaliação da Intervenção

4.1. Resultados

Finalizada a coleta de dados, é possível descrever a evolução dos indicadores estabelecidos no início do projeto e analisar as metas e objetivos a que eles se referem. Nesse sentido, pontuamos os resultados obtidos ao longo de três meses de intervenção, na forma abaixo:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de Hipertensão e Diabetes.

Meta 1.1 e 1.2: cadastrar 58% dos hipertensos e diabéticos, da área de abrangência de nossa equipe no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

O total de hipertensos e diabéticos com vinte anos ou mais residentes na área de abrangência da nossa equipe, são respectivamente, 577 e 142. Desses

usuários, conseguimos cadastrar 46 no primeiro mês, 113 no segundo e 275 no terceiro mês. Em relação aos diabéticos, cadastramos 20 no primeiro, 61 no segundo e 141 no terceiro mês. Esses números estão em caráter acumulativo, ou seja, o valor de um mês foi calculado pela soma do obtido nele e do mês anterior. Em todos os objetivos desta intervenção os números obtidos a cada mês foram transformados em percentuais com base nos indicadores para cada meta, cujos numeradores e denominadores foram mostrados na metodologia. Em seguida, foram plotados nos gráficos mostrados abaixo.

Com relação ao nosso primeiro objetivo, percebemos que mantivemos percentuais ascendentes em cada mês, com os valores nos gráficos abaixo (figuras 6 e 7).

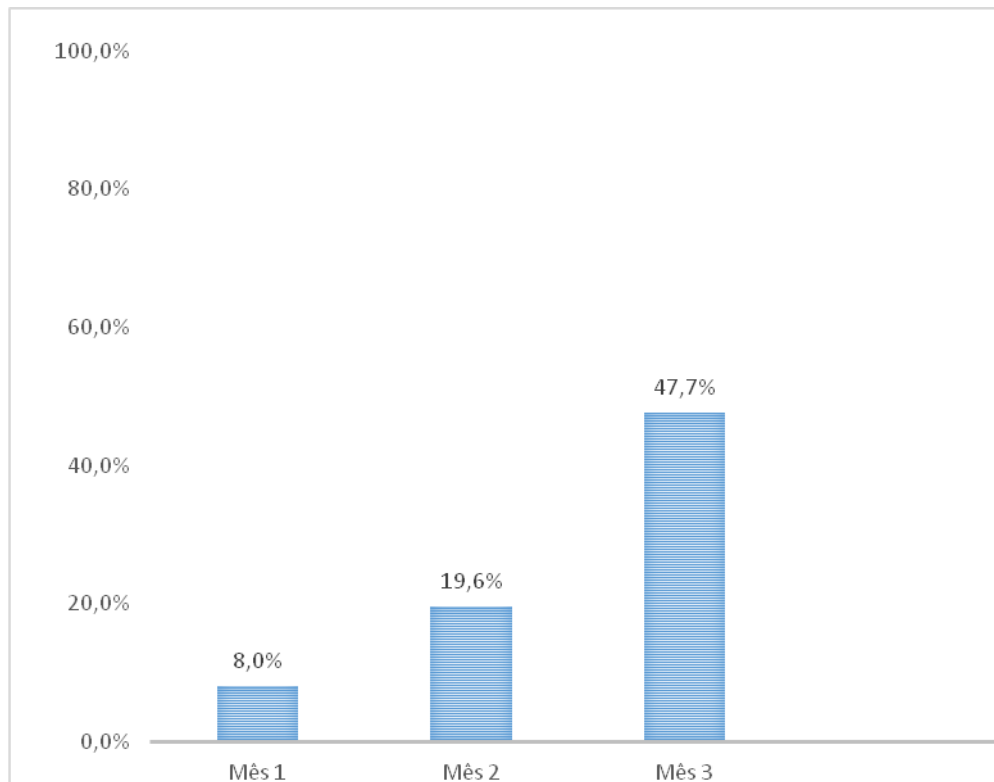


Figura 6: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso. Equipe 78. UBS Vista Verde Natal-RN, 2014. Fonte: planilha de coleta de dados e indicadores

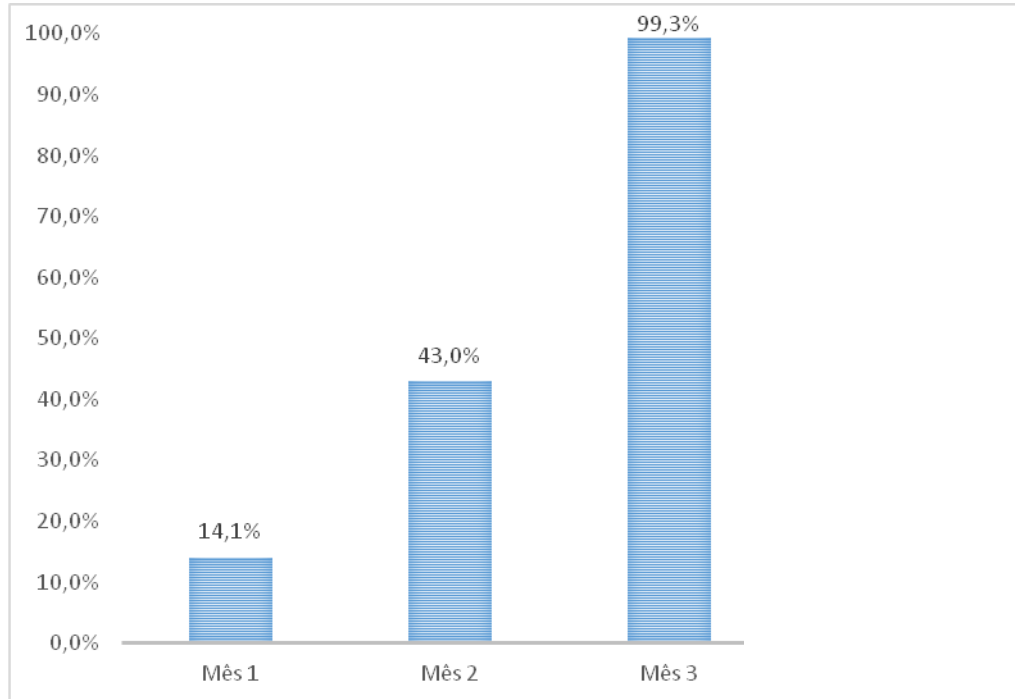


Figura 7: Cobertura do Programa de atenção ao diabético.
Equipe 78. UBS Vista Verde, Natal-RN, 2014.
Fonte: planilha de coleta de dados e indicadores

Os gráficos apresentam aspecto ascendente, conseguimos atingir a meta estabelecida de cadastrar 58% dos diabéticos da área de abrangência da equipe 78 e chegamos perto da meta de cadastramento para hipertensos. O que é bastante louvável, provando que mesmo diante das dificuldades encontradas, como desfalque de ACS e greves, conseguimos fazer com o empenho coletivo alcançasse os resultados almejados.

OBJETIVO 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1 e 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

O exame clínico de hipertensos e diabéticos obteve proporção de 100%, pois todos usuários que realizaram consultas foram examinados, sendo verificado PA, peso, medidas antropométricas, ausculta cardiopulmonar e exame clínico dos pés.

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

Os gráficos quanto exames complementares em dia (figuras 8 e 9) não atingiram 100% devido fatores limitantes externos e alheios ao desejo dos profissionais da equipe. Os exames laboratoriais são realizados no Centro Clinico da zona Norte, o qual são liberadas diariamente apenas 80 fichas para toda demanda do distrito norte. E os exames complementares tais como Ecocardiograma, Eletrocardiograma, Teste ergométrico, etc. necessitam de marcação e agendamento pelo sistema, que nem sempre apresenta disponibilidade de vagas. Desse modo, que alguns usuários relataram dificuldades de acesso para realização dos mesmos. Porém, apesar disso alcançamos índices superiores a 65% em todos os meses da intervenção.

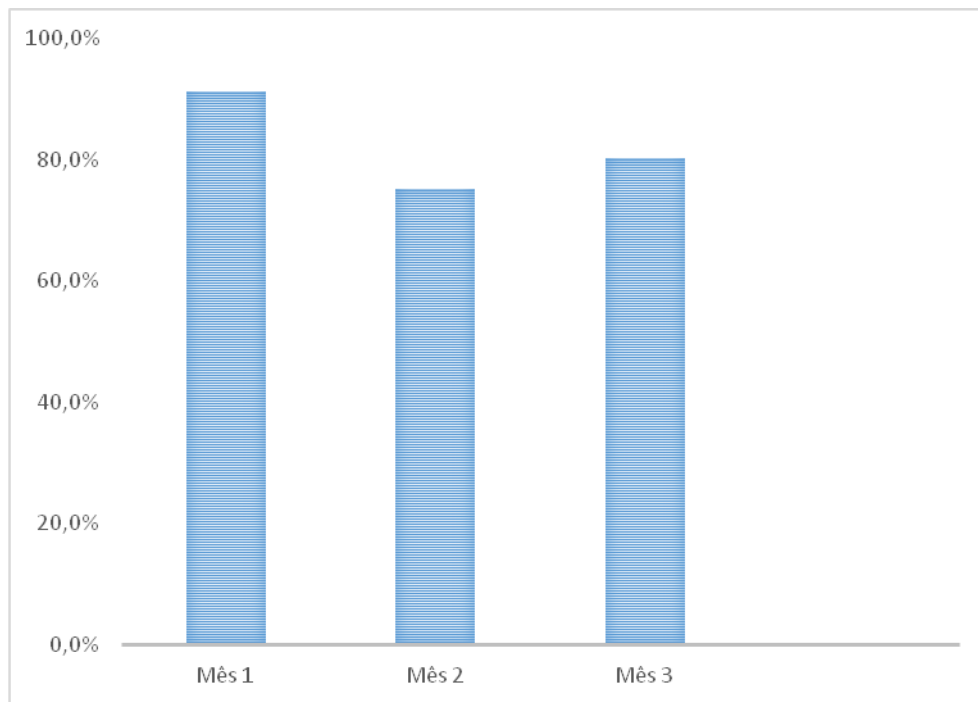


Figura 8: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia Equipe 78. UBS Vista Verde Natal-RN, 2014.

Fonte: planilha de coleta de dados e indicadores

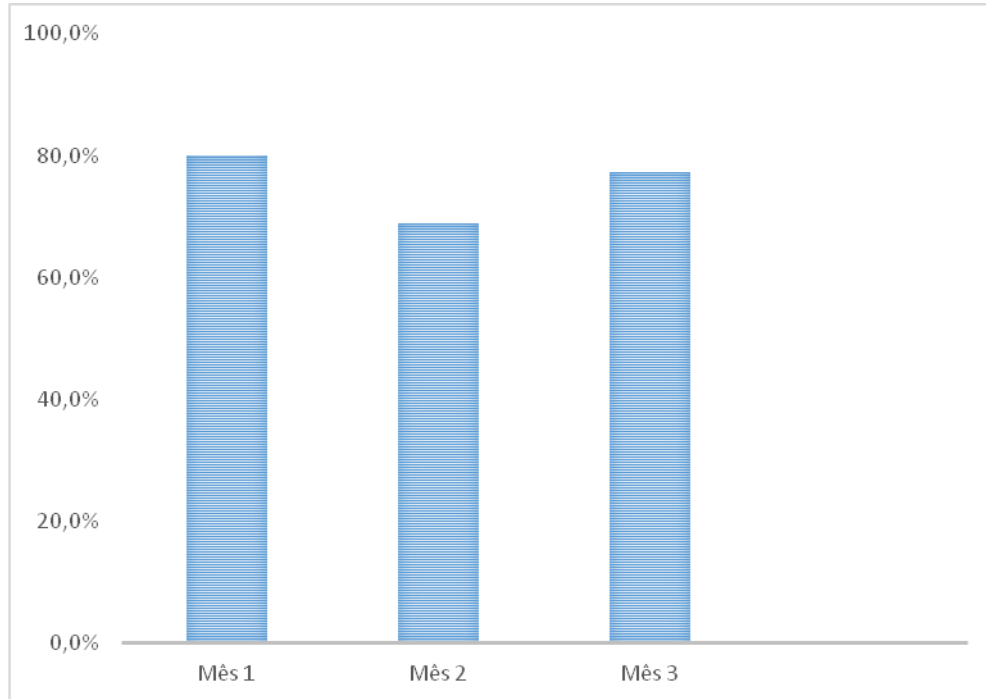


Figura 9: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia Equipe 78. UBS Vista Verde Natal-RN, 2014.

Fonte: planilha de coleta de dados e indicadores.

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

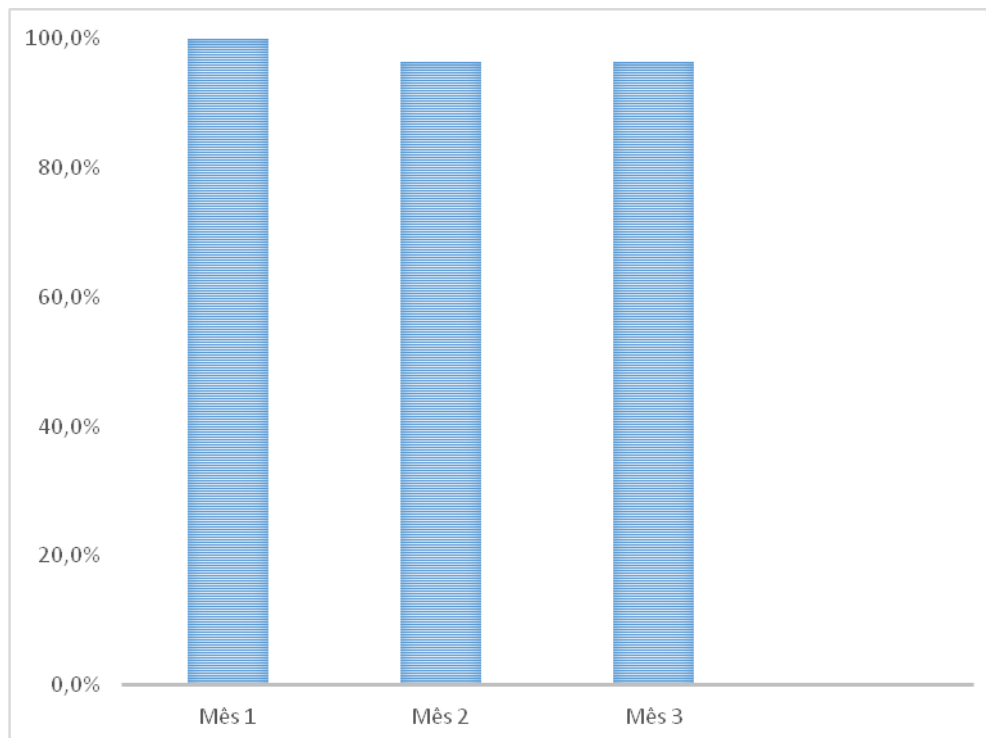


Figura 10: Proporção de hipertensos com prescrição da farmácia popular Equipe 78. UBS Vista Verde Natal-RN, 2014.

Fonte: planilha de coleta de dados e indicadores

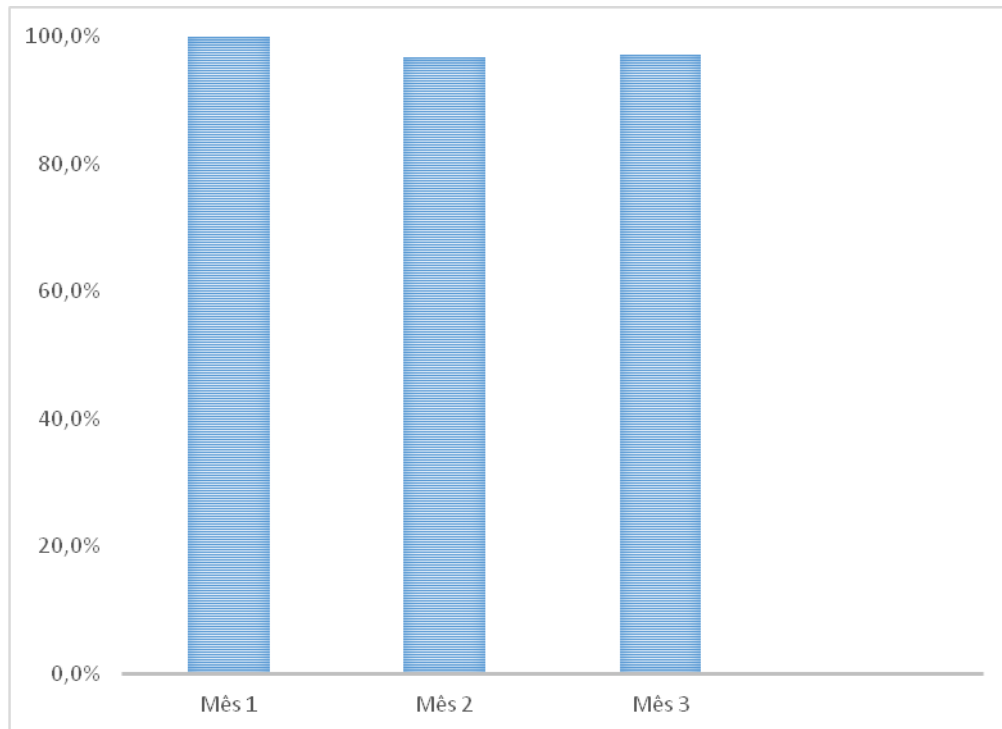


Figura 11: Proporção de diabéticos com prescrição da farmácia popular Equipe 78. UBS Vista Verde Natal-RN, 2014.

Fonte: planilha de coleta de dados e indicadores

Quanto aos gráficos de priorização da prescrição de medicamentos da farmácia popular (figuras 10 e 11), percebe-se que os resultados foram muito bons, em todos os meses não tivemos nenhum índice inferior a 95%. Apesar de alguns usuários necessitarem de medicações para o controle da pressão e da glicemia que não são contempladas no programa da farmácia popular.

Com relação à saúde bucal, todos os usuários atendidos no hiperdia pela médica e enfermeira foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico e agendados para consulta mediante necessidade. Portanto, atingimos 100% dessa meta.

Objetivo 3: Melhorar a Adesão ao HIPERDIA

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

No que diz respeito a frequência nas consultas médicas e de enfermagem, os ACS conseguiram buscar todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos que faltaram às consultas e assim a meta de 100% foi alcançada.

Apesar do desfalque dos ACS, a busca ativa aos faltosos foi criteriosa e conseguimos resgatar esses usuários, quer seja nas atividades coletivas ou nas ações na área pelos ACS.

Objetivo 4: Melhorar o registro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos

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

Todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos que foram atendidos pela equipe 78 durante a intervenção do hiperdia teve seu registro e cadastro atualizado. Assim, alcançamos 100% dessa meta. Vale ressaltar que o registro e cadastro ainda continua mesmo tendo acabado o período de 3 meses da intervenção.

Objetivo 5: Realizar avaliação de risco cardiovascular no hiperdia.

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

Todos os usuários hipertensos e diabéticos atendidos foram estratificados através do score de Framingham, atingindo assim, meta de 100%. Durante a oficina teórico prática de HAS e DM treinamos os profissionais para realizar essa avaliação através de aplicativo de celular, de modo que não ficasse apenas na atribuição do profissional médico a estratificação do usuário.

OBJETIVO 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Ações e orientações quanto promoção a saúde de hipertensos e diabéticos foram habilidades desenvolvidas por vários profissionais da equipe, tanto em atendimentos individuais quanto coletivos, tais como roda de conversa e sala de espera. E com isso atingimos metas de 100%. É valido destacar que a equipe contou com a colaboração da nutricionista e educador físico, que contribuíram bastante de rodas de conversa com a comunidade e com o grupo de caminhada.

Meta 6.1 e 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Durante as consultas, visitas domiciliares e atividades educativas a equipe de saúde orientou todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos sobre alimentação saudável e estimulou para a mudança de hábitos alimentares a fim de contribuir na melhoria da qualidade de vida desses usuários. Dessa forma, a meta de 100% foi alcançada na íntegra.

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

Durante as consultas, visitas domiciliares e atividades educativas a equipe de saúde orientou e estimulou todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos sobre prática regular de atividade física a fim de contribuir na melhoria da qualidade de vida desses usuários. Dessa forma, a meta de 100% foi alcançada na íntegra.

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

Durante as consultas, visitas domiciliares e atividades educativas a equipe de saúde orientou todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos sobre os riscos e malefícios do tabagismo, como também estimulou ao abandono ao tabagismo a fim de contribuir na melhoria da qualidade de vida desses usuários. Dessa forma, a meta de 100% foi alcançada na íntegra.

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

Durante as consultas, visitas domiciliares e atividades educativas a equipe de saúde orientou todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos sobre os cuidados com a higiene bucal a fim de contribuir na melhoria da qualidade de vida desses usuários. Dessa forma, a meta de 100% foi alcançada na íntegra.

4.2. Discussão

O Sistema HiperDia foi desenvolvido com os objetivos principais de permitir o monitoramento dos usuários atendidos e cadastrados na rede ambulatorial do

Sistema Único de Saúde (SUS) e gerar informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, de maneira sistemática, a estes usuários (FERREIRA,2009). Dessa forma, é mais do que fundamental torná-lo atuante em todas as unidades básicas e em estratégias de saúde da família, pois constitui-se como uma necessidade da atenção primária em qualquer região do país.

Tal necessidade decorre também do fato da grande prevalência de hipertensão arterial e diabetes no Brasil, o que não passa de um reflexo da transição demográfica identificada desde o século passado e que determinou um perfil de risco em que as doenças crônicas não transmissíveis, por serem altamente prevalentes, de alto custo social e grande impacto na morbimortalidade da população brasileira e do mundo, assumiram papel importante e impuseram ônus crescente e preocupante para os governantes (MS,2004).

Na unidade na qual esse projeto foi desenvolvido, havia projetos isolados de promoção à saúde, como grupo de caminhadas, mas isso não era atrelado a um programa bem determinado de registro e seguimento clínico. Em virtude disso, muitos portadores de algumas dessas patologias compareciam a unidade, renovavam suas receitas, mas não possuíam registros adequados, não possuíam a caderneta do programa, não seguiam uma rotina de rastreios de complicações secundárias e não tinham sua estratificação de risco realizada periodicamente. Nesse sentido, fica evidente que uma mudança nesse programa se fazia necessária e urgente e por isso escolhemos essa ação programática como projeto de intervenção.

Tal projeto alcançou grande mudança para unidade, estabelecendo uma ampliação da cobertura de atenção ao hipertenso e diabético em uma curva ascendente ao longo dos três meses de intervenção. Além disso, permitiu a atualização dos dados cadastrais dos usuários e realização dos exames complementares de grande parte dos participantes; mais da metade desses usuários tiveram a prescrição de seus medicamentos garantidos e dessa forma, as ações que eram até então isoladas, passaram a ser estruturadas em um projeto com melhores definições, trazendo um ganho tanto para comunidade, como para o serviço e para equipe.

A primeira passou a contar com consultas médicas regulares, exames solicitados com critério, atualização das estratificações de risco e rastreios adequados das complicações secundárias dessas doenças. Todos os usuários

passaram a ter a caderneta do programa, o que facilitou o acompanhamento dos níveis tensionais dos hipertensos com mais exatidão. Além disso, os usuários passaram a ser verdadeiramente monitorizados, com consultas agendadas com periodicidade e busca ativa mais efetiva. A intervenção reativou as reuniões do grupo do hiperdia bem como as salas de esperas, sessões de diálogos com a comunidade.

Para o serviço, a intervenção serviu como modelo e plano de ação para uma das vertentes para o PMAQ, o qual começou a ser introduzido na unidade. Além disso, o ganho também foi na atualização dos dados cadastrais, permitindo o melhor conhecimento do perfil de seus usuários e um registro adequado do SIAB. Além disso, com a experiência produtiva, o projeto poderá ser expandido as demais equipes e a unidade poderá melhorar sua assistência aos usuários, aumentando seu poder de resolatividade.

Em relação a equipe, essa passou a criar uma rotina de trabalho que até então não existia, o que ajudou a mudar o pensar desses profissionais, estabelecendo uma diretriz de raciocínio clínico e conduta. À equipe foi permitido uma atualização do conhecimento através das reuniões semanais onde eram discutidos os casos mais interessantes e os protocolos do ministério da saúde. Além disso, ela passou a contar um treinamento para habilidades de exame físico e aferição de medidas antropométricas, através da Oficina Teórico-prática. Cada membro passou a ter seu papel definido na ação o que não apenas permitiu uma maior organização, como ajudou a criar um senso de responsabilidade, aumentando o grau de comprometimento de todos com a intervenção.

Um ponto que gostaria que tivesse sido diferente durante a intervenção seria contar com a participação das demais equipes da UBS, pois as ações foram desenvolvidas apenas na minha equipe. Acredito que as ações da intervenção trariam ganhos tanto para as equipes, quanto ao processo de trabalho, como para os usuários. Portanto, estimular a participação das demais equipes seria um ponto a ser trabalhado.

Pretendemos a incorporação das ações da intervenção na rotina do funcionamento da UBS Vista Verde, pois afinal de contas o programa hiperdia deve contemplar ações de promoção/prevenção, diagnóstico/ tratamento e reabilitação dos hipertensos e diabéticos.

Como próximo passo gostaria de estender o modelo de ações para outros programas da UBS a fim de qualificar o atendimento. No entanto, para que essas ações sejam ampliadas, será necessário sensibilizar mais a gestão municipal para a distribuição de insumos, pois a falta de recursos foi um grande entrave a intervenção.

4.3. Relatório da intervenção para os gestores

O ônus que as doenças cardiovasculares na economia brasileira, especialmente no tocante aos custos para internação e tecnologias terapêuticas, estiveram presentes em 5% da população com mais de 35 anos em 2002. Os gastos chegaram a aproximadamente 30,8 bilhões de reais, com especial atenção ao sistema previdenciário. Este fato é preocupante pelo acelerado envelhecimento populacional nas próximas décadas e diagnósticos tardios, com a doença já complicada ou desfecho primeiro e fatal, como se dá, muitas vezes, com a doença coronariana aguda e o acidente vascular encefálico (AZAMBUJA,2008).

Diante da importância assumida por essas doenças, quer seja sob aspecto epidemiológico, financeiro ou produtivo, fica evidente que toda e qualquer estratégia que atue no diagnóstico precoce, no acompanhamento regular, na promoção a saúde e na prevenção de complicações secundárias, as quais só aumentariam os custos para o orçamento do município, devem ser fomentadas. Ter um programa de Hiperdia atuante parece ser fundamental na redução de custos e melhoria da assistência da atenção primária. Para tanto, decidimos após análise situacional desenvolvermos essa ação de intervenção com este grupo populacional na UBS Vista Verde no município de Natal-RN, entre agosto a outubro de 2014.

Com a intervenção, realizamos o cadastramento de 275 usuários hipertensos e 141 diabéticos, dentro de um universo de 577 hipertensos e 142 diabéticos conforme os dados do último SIAB, o que representou um ganho de mais de 50% na cobertura do programa. Durante reuniões de equipe discutíamos quanto ao andamento do projeto, avaliando suas dificuldades, méritos e dúvidas dos profissionais envolvidos.

Com a intervenção, conseguimos convocar usuários pouco assíduos a unidade e que, portanto estavam com exames atrasados, além de realizar o cadastramento também de usuários acamados que não puderam comparecer ao

local da coleta de dados. Muitos deles, acredito que mais da metade, não haviam ainda realizado rastreio das complicações secundárias, como neuropatia periférica, retinopatia ou proteinúria, assim tivemos a oportunidade de solicitar tais exames/encaminhamentos e conseguir que mais de 80% dos participantes tivessem seus exames e registros atualizados.

Outra ação plenamente desenvolvida foi quanto à melhoria da prática clínica, pois realizamos atualização científica dos profissionais através da discussão dos protocolos do ministério da saúde, além de capacitação quanto: ao preenchimento da ficha espelho utilizada para coleta de dados, noções básicas sobre exame físico e de medidas antropométricas, cálculo do escore de Framingham e exame do pé diabético. Outro aspecto realizado em sua máxima foram as orientações quanto a alimentação saudável, prática de atividade física e cessação do tabagismo, sendo 100% dos participantes orientados em relação a esses aspectos.

Todas essas ações foram permitidas pelo apoio da direção da unidade de saúde de Vista Verde, Natal-RN, que possibilitou a reestruturação do cronograma da equipe, disponibilizou as cópias do material impresso e se empenhou ao máximo para conseguir o instrumental necessário para anamnese e exame físico dos usuários, demonstrando uma visão ampliada, não apenas humana, mas logística, aberta ao diálogo e a mudanças que possam trazer melhorias na assistência à atenção básica.

Não foi possível realizar a aferição da glicemia capilar antes da consulta dos usuários, apenas conseguimos poucos hemoglicotestes para realização de atividades coletivas. Também não foi possível realizar o exame adequado da sensibilidade do pé diabético, por falta de instrumentais como diapasão e monofilamento.

É de extrema importância mencionar que todo esse material já deveria fazer parte do acervo da unidade, pois constitui como propedêutica adequada para correta avaliação clínica de qualquer portador de hipertensão ou diabetes. Como afirmamos acima, toda e qualquer ação voltada a um programa dessa natureza representa um ganho para a economia do município e garante que a atenção básica desenvolva plenamente o seu papel de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação a que se propõe.

Uma outra dificuldade encontrada, além da questão material acima citada, foi a falta de apoio e participação das demais equipes de ESF que atuam no USF.

Infelizmente a intervenção do hiperdia ocorreu apenas na equipe 78, sem o engajamento das demais. Embora convites para parceria não tivessem faltado.

Perspectivas futuras

Como perspectivas futuras acredito que a intervenção será incorporada à rotina da unidade, pois continuaremos com a captação dos dados e cadastramento dos usuários nas semanas subsequentes, totalizando as cinco microáreas adstritas da equipe 78, o que demonstra o grau de empenho e comprometimento dos profissionais envolvidos. Todavia, isso não é suficiente para realizamos ações programáticas que tragam benefício a unidade. É importante ressaltar que insumos são necessários e a gestão pode contribuir disponibilizando os materiais necessários, ajudando a ampliar e qualificar o projeto. Outro aspecto a ser solicitado junto a gestão municipal é a disponibilização de um farmacêutico para UBS, pois a ausência desse profissional prejudica a liberação de medicamentos essenciais ao bom funcionamento do programa, o que torna a escassez da farmácia um dos maiores problemas na resolutividade da equipe.

Muitas outras ações como essa poderiam ser desenvolvidas em todas as unidades da cidade e com uma breve capacitação e poucos recursos, grandes danos à saúde podem ser prevenidos resultando em economia orçamentária. Ao ajudar a melhorar o Hiperdia, ajudamos não apenas a evitar o número de internações e despesas com medicamentos, como aprimorarmos a qualidade de vida desses usuários. Ao incentivar ações nos demais programas, tais como saúde da criança, saúde do idoso e atenção ao pré-natal, a gestão estará contribuindo para ampliação e melhoria da rede de assistência à saúde do município e alcançará um grande nível de satisfação dos usuários.

4.4. Relatório de intervenção para comunidade

A necessidade de mudar a maneira como os usuários com hipertensão e diabetes eram conduzidos na USF Saúde de Vista Verde, em Natal-RN era urgente, por isso, realizar um projeto voltado para o programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético (Hiperdia) tornou-se uma prioridade para a equipe 78. A intervenção ocorreu no período de agosto a outubro de 2014, exigindo compreensão por parte dos usuários envolvidos. Agora, após três meses de intervenção é chegada a hora

de fazermos o balanço sobre esse projeto e mostrar para a comunidade o que ele representou e quais foram os benefícios trazidos.

Antes dele, haviam ações isoladas de promoção a saúde como grupo de caminhadas, mas isso não era vinculado a um programa bem determinado de registro e seguimento clínico. Em virtude disso, muitos usuários compareciam a unidade, renovavam suas receitas, mas não possuíam registros adequados ou seguimento de uma rotina de acompanhamento de complicações que poderiam ocorrer se não fossem pesquisadas periodicamente.

Essa realidade foi modificada. Com a intervenção conseguimos ampliar a cobertura de atenção a usuários hipertensos e diabéticos. Nossa comunidade passou a contar com consultas médicas regulares, exames solicitados com critério, estratificação de riscos e investigação adequada das complicações dessas doenças. Todos os usuários passaram a ter a ficha espelho do programa, o que facilitou o acompanhamento dos níveis pressóricos e bioquímica com mais exatidão. Além disso, a atualização do cadastro do programa possibilitou a busca ativa aos faltosos.

Muitos usuários diabéticos não haviam feito exame físico dos pés e muitos desconheciam várias orientações sobre autocuidado. Também encontramos usuários descompensados quanto ao valor pressórico e nível de açúcar no sangue, e que por necessidade tiveram seu esquema terapêutico reestruturado. Além disso, encontramos vários usuários que nunca haviam realizado o rastreio de complicações agudas e crônicas inerentes a hipertensão e diabetes.

Foram desenvolvidas atividades coletivas com a comunidade visando mudança no estilo de vida, tanto através de caminhadas em grupo quanto por ações educativas por meio de rodas de conversa.

Por fim, deixamos nosso sincero agradecimento a todos os usuários que nos ajudaram a melhorar nosso trabalho, contribuindo não apenas para o seu próprio bem estar, como para comunidade, fortalecendo o engajamento público e a criação de atores sociais ajudando a deixar um trabalho que poderá ser compartilhado por todos em um futuro próximo, pois o projeto continuará e poderá ser, em breve, ampliado para outras equipes.

5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Já se passaram muitas semanas desde minha decisão sobre a participação no PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica, e com ela veio a Especialização em Saúde da Família da UFPEL na modalidade a distância. Por meio das orientações do curso elaboramos uma análise situacional sobre a realidade do serviço a qual fomos alocados e mediante os resultados deveríamos decidir por intervir em determinado programa da Atenção Básica. Devo confessar, que esse ano não foi nada fácil, pois exigiu muitos esforços e dedicação, pois nem sempre foi tranquilo conciliar os atendimentos na UBS, com as tarefas semanais da especialização e minha preparação para os concursos de residência médica.

Apesar das várias dificuldades ao longo do processo, que envolveram barreiras estruturais, materiais e humana, foi possível moldar ações que propiciaram melhoria na assistência à saúde dos hipertensos e diabéticos da UBS Vista Verde. A intervenção causou reflexão e mudanças nos profissionais envolvidos sobre a Atenção Básica, renovando ânimo e perspectiva.

A comunidade também teve suas perspectivas renovadas, ela presenciou o início de mudanças na estrutura de atendimento, agora mais acolhedora e resolutiva. Além disso, o projeto demonstrou para gestão municipal que é possível desenvolver ações que promovam saúde e acompanhamento clínico de qualidade, sem envolver grandes gastos. Espero sinceramente que esse projeto possa ser visto como precursor de mais ações programáticas em outros seguimentos da unidade.

Refletindo sobre as vivências deste ano posso afirmar que este trabalho foi de grande importância para meu aprendizado e crescimento pessoal, contribuindo para o aprimoramento do meu raciocínio clínico, na relação médico paciente e para o meu firmamento profissional. Sou grata a todas as pessoas envolvidas e que me ajudaram para tornar esse projeto realidade. Deixo aqui meus sinceros votos de paz, sabedoria e alegria no trabalho e na vida. Que todos não se deixem levar pelas dificuldades do dia a dia e dos percalços que envolvem especialmente a Atenção Básica Brasileira, a qual sem dúvida, necessita de todo nosso ânimo para sustentá-la e elevá-la a um novo patamar de qualidade de um atendimento, o qual imprima humanização e amor ao próximo e que nos transforme em cidadãos cada vez mais conscientes e voltados para o bem.

6. Referências

AZAMBUJA M.I.R.; FOPPA, M; MARANHÃO M.C.; ACHUTTI, A.C. **Impacto econômico dos casos de doença cardiovascular grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários.** Arq Bras Cardiol. 2008;91(3): 163-71

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

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

Brasil. Ministério da Saúde. **Fórum Global das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis.** Coordenação-geral de Doenças Crônicas NãoTransmissíveis; 2004

FERREIRA, C.L.R.A e FERREIRA, M.G. **Características de usuários diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia.** Arq. Bras. Endocrinol. Metab. 2009, vol. 53: 80-86.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **VI Diretriz Brasileira de Hipertensão.** Rev. Bras. Hiper. 2010.17(1).

Apêndice

Carta Convite

Caro usuário, estamos realizando uma atividade que pretende melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos, acompanhados pela equipe 78 da Unidade de Saúde da Família de Vista Verde. Esta carta é para convidá-lo a comparecer ao Centro Comunitário, na próxima quarta-feira, pela manhã, portando seu documento de Identidade, CPF e Cartão SUS, além dos seus exames mais atuais para atualização de seus dados e melhor seguimento clínico.

Contamos com sua ajuda e aguardamos sua presença ansiosamente.

Atenciosamente,

Equipe 78, UBS Vista Verde

Anexo 1 – Planilha de objetivos, metas e ações (OMIA)

Objetivo Geral: Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.							
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METAS	INDICADORES	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO	EIXOS	ENGAJAMENTO PÚBLICO	QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA
1. Ampliar a cobertura à hipertensão e/ou diabéticos	1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde	1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. (123) Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. (222) etc. etc.	• Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde	• Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa. • Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS. • Garantir material adequado para tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.	• Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. • Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. • Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. • Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.	• Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde. • Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.	• Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. • Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização de hemoglicose em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
	1.2. Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. (46) Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde (64) etc. etc.	• Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde	• Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa. • Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes. • Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.			
2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa	2.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.	2.1. Proporção de hipertensos faltosos com consulta médica com busca ativa. Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa (53) Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas (232) 23,85%	• Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).	• Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos • Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.	• Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. • Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos). • Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.	• Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.	• Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as
	2.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde	2.2. Proporção de diabéticos faltosos com consulta médica com busca ativa.	• Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas	• Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos			
A	B	C	D	E	F	G	
3.5. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	3.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hipertensão. Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hipertensão. (188) Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hipertensão (54)	Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hipertensão.	• Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. • Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	• Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hipertensão e possíveis alternativas para obter este acesso.	• Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão. • Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hipertensão.		
3.6. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde	3.5. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hipertensão. Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hipertensão (54) Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hipertensão (54)	Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hipertensão.	• Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. • Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	• Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hipertensão e possíveis alternativas para obter este acesso.	• Realizar atualização do profissional no tratamento do diabetes. • Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hipertensão.		
4. Melhorar o registro das informações	4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento. (106) Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde. (222) 47,74%	• Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.	• Manter as informações do SIAB atualizadas. • Implantar planilha registro específico de acompanhamento. • Pactuar com a equipe o registro das informações. • Definir responsável pelo monitoramento registros. • 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 estafilocação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo, a não realização de	• Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.	• Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso • Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.	
	4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	4.2. 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. (14) Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde (64) 21,85%	• Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.	• Manter as informações do SIAB atualizadas. • Implantar planilha registro específico de acompanhamento. • Pactuar com a equipe o registro das informações. • Definir responsável pelo monitoramento registros. • Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de	• Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.	• Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do diabético. • Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.	
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular	5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular. Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação de risco cardiovascular (47) Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde. (222) 21,17% 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação de risco cardiovascular (16) Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde (64) 24,85%	• Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação de estratificação de risco por ano. • Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação de estratificação de risco por ano.	• Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. • Organizar a agenda para o atendimento desta demanda. • Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. • Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.	• Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. • Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). • Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. • Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).	• Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de testes em órgãos alvo. • Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. • Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. • Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.	

Anexo 2 – Planilha de coleta de dados

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	577	→	Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	142	→	Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	→	OBSERVAÇÕES
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção	46	113	275			→
DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	→	
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção	20	61	141			

*Estimativa no território

População total	3796	→	Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da popul	2543		
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)	577	→	Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)	142	→	Este seria o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

▶	Apresentação	Orientações	Dados da UBS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Indicadores	(+)	:	◀
---	--------------	-------------	---------------------	-------	-------	-------	-------	-------------	-----	---	---

Indicadores HAS e DM - Mês 1									
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Todos os medicamentos são da lista do Hipertida ou da Farmácia Popular?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente realizou avaliação odontológica?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								
	12								
	13								
	14								
	15								
	16								

... Orientações Dados da UBS **Mês 1** Mês 2 Mês 3 Indicadores +

RONTO

Anexo 4 – Documento do Comitê de Ética

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

