

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância

Turma 4



Trabalho de Conclusão de Curso

Qualificação da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na ESF 12 – Brasilinha 17, Planaltina de Goiás, GO

Jéssica Nayane Pereira de Magalhães

Pelotas, 2014

Jéssica Nayane Pereira de Magalhães

Qualificação da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus na ESF 12 – Brasilinha 17, Planaltina de Goiás, GO

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

Orientador: Mateus Casanova dos Santos

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

M188q Magalhães, Jéssica Nayane Pereira

Qualificação da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, ESF 12 Brasilinha 17, Planaltina de Goiás, GO / Jéssica Nayane Pereira Magalhães ; Mateus Casanova dos Santos, orientador. — Pelotas, 2014.

77 f. : il.

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

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Doença crônica. 4. Diabetes mellitus. 5. Hipertensão. I. Santos, Mateus Casanova dos, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Dedico este trabalho à minha avó que é portadora de HAS, aos meus pais, meu namorado, irmãos e usuários.

Agradecimentos

Ao meu namorado, pelo amor incondicional, pela compreensão de todos os momentos que precisei ausentar-me, por todo o apoio e incentivo nestes e em todos os projetos de minha vida.

À minha família, pelo amor e alegria de sempre.

Ao meu orientador, pela paciência, pelo apoio e incentivo para persistir diante das dificuldades enfrentadas durante esta jornada.

À UFPEL, por esta grande oportunidade de aprendizado, capacitação e amadurecimento em minha vida profissional.

À minha equipe de trabalho, que mesmo diante de tantos obstáculos e tombos não desanimam.

E a Deus, por ter me concedido o privilegio da vida e de vive lá ao lado de pessoas tão especiais como minha família e amigos.

“Tudo deveria se tornar o mais simples possível, mas não
simplificado”.’

Albert Einstein

Lista de Figuras

Figura 1	Estimativa demográfica da UBS 12	18
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde 12 Brasilinha 17	58
Figura 3	Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde 12 Brasilinha 17	58
Figura 4	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	59
Figura 5	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	60
Figura 6	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	60
Figura 7	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	61
Figura 8	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	62
Figura 9	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	62
Figura 10	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	64
Figura 11	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	64

Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
APS	Atenção Primária a Saúde
CEM	Centro de Especialidades Médica
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
EAD	Educação à Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
MS	Ministério da Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBASF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

RESUMO

MAGALHÃES, Jéssica Nayane Pereira. **Qualificação da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, ESF 12 Brasilinha 17, Planaltina de Goiás, GO. 2014.** 77f. – Trabalho de conclusão de curso Programa de Pós-Graduação em Saúde de Família - Modalidade à Distância. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

O presente trabalho de conclusão de curso caracteriza-se como a apresentação de uma intervenção típica em Atenção Primária à Saúde. O projeto de intervenção se desenvolveu entre os meses de outubro de 2013 a fevereiro de 2014 e teve como objetivo melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou *Diabetes Mellitus*, sob orientação das proposições do Ministério da Saúde por meio do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas e dos eixos temáticos de qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação, e organização da gestão do serviço. Entre os resultados apresentados, destaca-se o indicador de cobertura do programa de atenção à saúde do hipertenso e diabético na UBS 12, pois obteve crescimento contínuo, chegando ao último mês de intervenção a 41,2% (89 usuários acompanhados) de cobertura dos hipertensos e de 66,7% (34 usuários acompanhados) de cobertura dos diabéticos. No objetivo de melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, foi conquistada a meta de realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos. A proporção de hipertensos e/ou diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo foi o único indicador que apresentou curva decrescente, com hipertensos registrados em 38,9% (14) decrescendo para 5,6% no último mês de intervenção; no diabético, o primeiro mês com 43,8% (07), chegando a 8,8% (3) no 4º mês de intervenção. Antes da intervenção as ações voltadas aos hipertensos e diabéticos eram concentradas no ambulatório médico. A intervenção, além de fazer com que esta assistência fosse prestada com maior qualidade, também viabilizou um espaço para o desenvolvimento do senso multiprofissional na Equipe.

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

SUMÁRIO

Apresentação	11
1 Análise Situacional	Erro! Indicador não definido. 2
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	122
1.2 Relatório de Análise Situacional	124
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório de Análise Situacional.....	27
2 Análise Estratégica	29
2.1 Justificativa	29
2.2 Objetivos e Metas	31
2.2.1 Objetivo Geral.....	32
2.2.2 Objetivos específicos	32
2.2.3 Metas	32
2.3 Metodologia	34
2.3.1 Detalhamento das ações	35
2.4 Indicadores	44
2.5 Logística	49
2.6 Cronograma.....	52
3 Relatório da Intervenção.....	53
4 Avaliação da Intervenção.....	57
4.1 Resultados.....	57
4.2 Discussão	66
4.3 Relatório de intervenção para gestores	68
4.4 Relatório de intervenção para a comunidade	70
5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem	73
6. Referências	75
Anexos	76

Apresentação

O presente volume apresenta um trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), apresenta o relato da realização de um projeto de intervenção voltado à melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos na Estratégia Saúde da Família¹² Brasilinha 17, Planaltina de Goiás, Goiás, Brasil. O texto está organizado em cinco partes, correspondentes a sequência de trabalho proposta pelo Curso. A primeira parte traz a análise situacional produzida na Unidade 1. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, traduzida no projeto de intervenção elaborado ao longo da Unidade 2. A terceira parte traz o relatório da intervenção realizada durante 16 semanas, correspondente ao processo vivenciado na unidade 3 do curso. Na quarta parte encontra-se o material produzido na 4ª unidade do curso, compreendendo a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde. A quinta e última parte contém a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Complementam o volume os anexos e apêndices utilizados durante a realização do trabalho.

1. Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Início o relato pela descrição da estrutura física da Unidade de Saúde. São apenas sete cômodos: uma sala para enfermeira; uma para médica; uma sala para dentista; uma sala para triagem; uma sala comum para vacina e curativo; dois banheiros e uma copa. A maior sala tem 3 x 3,5m. O ambiente tem péssimas condições de iluminação e ventilação, não há sala para reuniões com a equipe ou para palestras com os grupos.

A técnica de enfermagem desempenha as funções referentes ao seu cargo, além de fazer trabalho de auxiliar administrativo e auxiliar de farmácia, tais como agendando consultas e manuseando arquivo e distribuição de medicação.

A medicação específica de uso contínuo para este grupo não vem para a unidade há meses. Vários usuários estão sem essa medicação. Atualmente, não há sequer paracetamol e gases para curativo.

Na unidade, o médico atende três dias na semana, vespertino e matutino. No entanto, atende de 18 a 24 usuários por dia. A agenda, em geral, é a seguinte:

- Segunda-feira: atendimento de pré-natal e demanda;
- Terça-feira: no período matutino é feita a visita domiciliar e no período vespertino são realizadas as consultas de crescimento e desenvolvimento infantil;
- Quarta-feira: todo o dia voltado para o HIPERDIA;
- Quinta-feira: são realizadas as consultas de crescimento e desenvolvimento infantil;
- Sexta-feira: são realizadas palestras com a comunidade na unidade, com adolescentes em escolas, reunião com os membros da Associação dos moradores do setor.

Além das atividades educativas e da administração da unidade (solicitação de medicação, impressos, materiais de limpeza e relatórios de produção), atendo ambulatório, coordeno a unidade, respondo por todo procedimento feito aqui, atividades educativas e de prevenção – enfermeira. Tudo isto aqui relatado associado a grande demanda da unidade, sobrecarrega a agenda de trabalho e compromete a assistência, visto que em uma ESF são abordados muitos grupos e programas.

Há um sonnar para ser utilizado nas consultas do pré-natal, mas não tem bateria desde janeiro. Sempre solicito, mas não houve retorno. Assim, estamos sem condições de realizar uma consulta de pré-natal de qualidade.

Durante a visita domiciliar não tenho esfigmomanômetro para utilizar. Solicitei, mas responderam que não tem disponível no município.

Solicitei materiais de escritório, como caneta, lápis, borracha, grampos, cadernos. Responderam-me que eles não fornecem este tipo de material. Então, quem fornece?

A ESF localiza-se em uma região afastada do centro da cidade e muito carente. Em se tratando do controle social, acredito que tentamos construir este meio mantendo uma boa relação com os usuários que atendemos e com as reuniões frequentes.

Material de curativo aqui é fictício, pois não têm gazes estéreis, um frasco de soro fisiológico 0,9% é para ser usado no mês, pomadas apenas dexametazona e neomicina. Lâmina nº22 para retirada de ponto, inadequada e inviável para tal procedimento e as máscaras vêm em quantidades contadas. O curativo é basicamente isso. Reforço que não possuímos sala específica para curativo e demais procedimentos.

A dentista trabalha até com seu material particular e improvisa quando há falta de alguns insumos. A técnica de enfermagem é multiuso, isto é, faz muitas atividades envolvendo a dinâmica da unidade. A médica apesar de estar apenas 3 vezes por semana na Unidade, mantém um ótimo relacionamento com toda a equipe, e contamos também com sua ampla experiência na atuação da atenção básica. Enfim, a minha equipe mantém um bom relacionamento, fazemos confraternizações todos os meses para comemorar aniversariantes. A população participa das programações, mas devido cultura socioeconômica apresentam resistência para realizarem o acompanhamento, a prevenção e a promoção à saúde

e a infraestrutura e falta de profissionais para integrar e diversificar a educação em saúde interfere indiretamente neste processo.

1.2 Relatório de Análise Situacional

O Sistema Único de Saúde foi criado a partir da constituição de 1988, sendo regulamentada pela Lei Orgânica nº 8080 de 19/09/1990. Nesta fica instituído que é dever do estado garantir o acesso à saúde. Evidenciaremos neste texto dois princípios básicos que orientam o SUS, que são a Universalidade do acesso e a Integralidade da assistência.

A atenção básica tenta-se reorganizar a partir da Estratégia Saúde da Família. A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 aprova a Política Nacional da Atenção Básica e faz revisão às diretrizes da ESF e do Programa Agente Comunitário de Saúde. Descrevem todas as responsabilidades dos gestores nas três esferas do governo, as atribuições dos profissionais na UBS, processo de trabalho, infraestrutura, entre outros anexos. Segundo esta portaria, a Atenção Básica é caracterizada por:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011, p.3).

O Ministério da Saúde (MS) publicou em 2008 um manual de como deve ser a estrutura física de uma unidade básica de saúde. Este manual foi ilustrado para as ACS do município de Planaltina de Goiás e uma delas disse:

Isso ai é aqui no Brasil? Esse tanto de sala aí deveria mesmo ter aqui no nosso posto? Nosso posto perto desse aí da foto é um lixão! Por que não temos tudo que diz aí? [...]

O nosso sistema de saúde é formado de maneira tripartite (esfera Federal, Estadual e Municipal). Essas três esferas, conforme citada em lei, são responsáveis por garantir que a engrenagem na Atenção Básica aconteça. Sendo assim, é da

gestão destas esferas que dependem a maior parte da resolutividade e eficácia na atenção básica.

Planaltina de Goiás apresentou no último censo, em 2010, 76.959 mil habitantes. Situa-se há 63 km da Capital Federal, Brasília, Distrito Federal (DF), tornando, assim, mais uma cidade do entorno de Brasília. Atualmente, o Município de Planaltina de Goiás apresenta uma estrutura da atenção básica composta por 23 UBS, um hospital municipal, dois centros de referência às especialidades e um laboratório contratado, que no momento não está mais prestando serviços ao município. A saúde que é desenvolvida no município é relativamente de baixa e média complexidade. A atenção básica é composta por 26 equipes de Estratégia de Saúde da Família. São disponibilizados serviços para população na área de odontologia especializada em três centros de especialidades odontológicas (CEO). O serviço de emergência acontece no Hospital Santa Rita de Cássia, onde são realizados partos e cirurgias de baixa complexidade, ficando assim a assistência de alta complexidade dependente dos hospitais do DF e da referência do Estado.

Os exames laboratoriais disponíveis no município são: glicemia em jejum, colesterol, triglicérides, ácido úrico, uréia, creatinina, transaminase glutâmico oxalacética (TGO), transaminase glutâmico pirúvica (TGP), LDH/DHL, bilirrubina total e direta, proteína total e albumina, fosfatase alcalina, gama, magnésio, cálcio, ferro, fósforo, EAS, EPF, CPK, pesquisa de sangue oculto, amilase, CK-MB, hemograma completo, fator reumático, Chagas, ABO/Rh, PCR, BHCG, VHS e cloretos.

Os usuários encaminhados para as especialidades médicas são recebidos no Centro II ou no CEM. Os especialistas disponíveis são: urologista, otorrinolaringologista, ginecologista, cardiologista, endocrinologista, psiquiatria, psicólogo, nutricionista, dermatologista, oftalmologista, pediatria, neonatologia, fonoaudiólogo, infectologista, ortopedista, mastologista, assistente social, obstetra. São realizados também pré-natais de alto risco, teste da orelhinha, ECG, CCO, vacinas, mamografia, endoscopia, acupuntura, fisioterapia, radiologia (raio-X) e exames de urgência.

A Estratégia de Saúde da Família (EAS) que é relatada nesta análise situacional é localizada em uma área urbana. No entanto, encontra-se afastada do centro da cidade. Trata-se de uma UBS com ESF, composta por apenas uma equipe: uma enfermeira, 1 médica, 1 técnico de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar

de consultório dentário, 1 auxiliar de limpeza e 4 ACS. A ESF funciona em uma residência domiciliar alugada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

A estrutura física da ESF faz com que toda a organização da distribuição de consultórios e móveis de trabalho seja improvisada, visto que a estrutura física é de uma residência domiciliar e não uma estrutura física construída para a implantação da UBS. Dispomos de 1 recepção, 1 consultório para enfermeira, um consultório para o médico, 1 consultório odontológico, 2 banheiros, 1 copa e 1 sala onde são realizados todos os demais procedimentos, tais como: vacinas; curativos; nebulização; retirada de pontos; administração de medicamentos (endovenoso, intramuscular e oral).

O cotidiano da ESF apresenta limitações e barreiras físicas que são muitas e similares com as necessidades dos usuários que são usuários do SUS, em todos os seus serviços. Isso reflete na nossa prática diária, ao perceber as ausências destes grupos de usuários, que tem os seus acessos à unidade dificultados pelas barreiras arquitetônicas.

Neste cenário, percebe-se que são idosos e deficientes físicos que deixam de frequentar a unidade, participar de programas sociais e culturais devido a estas dificuldades impostas pela própria sociedade. Mesmo mediante leis que regulamentam a adequação destes locais públicos para a acessibilidade destes grupos, ainda, assim, nada é realmente feito para sanar este problema.

Com todo este contexto, estes grupos passam a ser isolados socialmente, tendo seus direitos negados a cada passo que eles forem dar. E, não ter um corrimão para se apoiar, a cada porta que não entre com uma cadeira de rodas e a cada degrau que o impossibilite de entrar, priva-os do direito integral à saúde e de deslocar livremente.

Na ESF 12 é necessário incluir este grupo em atividades de visitas domiciliares, para que sejam acompanhados pela equipe. No entanto, isto é um método paliativo, pois, fazendo esta atividade, o usuário deixa de se locomover, realizar uma caminhada, conversar e conhecer outras pessoas, ou seja, priva-o do social.

O aspecto positivo em torno das atribuições dos profissionais está na persistência diária em atuar em uma região carente sem o mínimo de estrutura para ser realizado estas assistências. Alguns cuidados que são prestados durante a assistência a determinados usuários são considerados inadequados, mas mesmo

assim os fazemos. Por exemplo, muitas vezes nos defrontamos com a realização dos curativos em ambientes contaminados.

Alguns dias da semana a população não é assistida por ACS porque é preciso tirar este de sua função para dar lhe atribuições que não são suas na UBS. Como por exemplo, a triagem de usuários, organização e procura de prontuários, dispensação de medicação e marcação de consultas ou exames. Mas, isso se faz necessário para viabilizar o fluxo e a organização dos atendimentos.

A leitura da Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011 descreve novamente nosso direito de ter acesso a uma saúde de qualidade, define as funções e atribuições a todos os níveis da federação e aos profissionais. No entanto, maioria dos princípios e diretrizes citadas na Portaria, como profissional e usuária da atenção básica, não as vejo integralmente na realidade do cotidiano. Então, observa-se como uma cascata de falhas e ausências que iniciam na esfera federal e que ao chegar no usuário do SUS se concretiza em desespero, falta de opção e condição, desesperança e carência de resolutividades. O usuário não tem mais a mesma credibilidade no SUS, incluindo a atenção básica, e nem nos profissionais que ali atuam. No entanto, ainda estão fazendo uso deste serviço porque não tem condições de procurar serviços mais eficazes e resolutivos. Toda essa cascata irá interferir no cotidiano da ESF, seja na falta de medicação, na referência e contra referência que não funciona, na falta de profissional e demais circunstâncias que fazem parte do nosso cotidiano. O usuário não procura a unidade como primeira porta de entrada para o SUS, ele espera piorar o seu quadro para ir aos serviços de emergências ou, até mesmo, vão antes.

Percebo que toda e qualquer estratégia que utilizamos para tentar solucionar problemas advindos da falta de estrutura, de insumos e de recursos humanos, resulta em um ciclo: conserta aqui, estraga ali, que influencia na qualidade da assistência que a população está recebendo.

A ESF 12 situa-se no bairro Brasilinha 17 no município de Planaltina de Goiás, GO. A ESF faz cobertura de uma área correspondendo há 2896 habitantes, sendo 962 famílias cadastradas na UBS. A maioria de sua população é composta por adultos jovens, nas faixas etárias entre 10 a 45 anos. A seguir, demonstra-se um quadro demográfico desenvolvido pela estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP) da Análise Situacional – Unidade 1 do curso – que está em

diálogo direto com a realidade do Serviço e nos ajuda a compreender melhor este momento (Figura 1).

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor de 1 ano	27	26	53
1 a 4	80	78	159
5 a 9	116	113	229
10 a 14	133	127	261
15 a 19	130	127	258
20 a 24	130	130	261
25 a 29	127	130	258
30 a 34	116	122	237
35 a 39	101	107	209
40 a 44	96	101	197
45 a 49	87	93	180
50 a 54	72	81	153
55 a 59	58	67	125
60 a 64	46	52	98
65 a 69	35	41	75
70 e mais	64	81	145
Total	1419	1477	2896

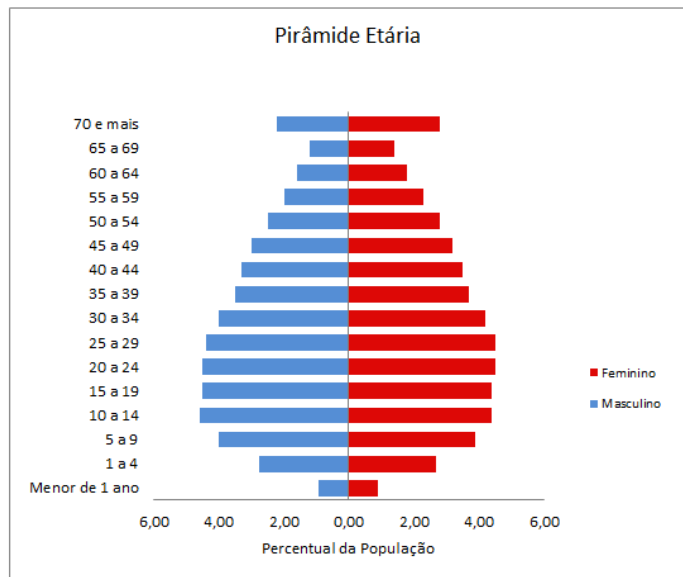


Figura 1 – Estimativa demográfica da UBS 12. Fonte: Caderno de Ações Programáticas (CAP)

Nota-se que este número de habitantes está adequado ao que é recomendado pelo MS. No entanto, enfrentamos a realidade de uma comunidade carente, onde absolutamente todas essas 2862 pessoas dependem dos nossos serviços e os recursos são escassos. A precariedade e a carência não se restringem apenas a área da saúde e se faz presente também na educação e no campo social, o que vem problematizando ainda mais a nossa situação porque temos que reeducar essa população para que sejam minimizadas práticas de hábitos culturais que favorecem o adoecimento. Desta maneira, sendo orientado não pela quantidade de usuários que são cadastrados, mas pela qualidade e intensidade da assistência que estes necessitam receber.

Diante dos princípios e diretrizes que regulamentam o SUS, percebe-se, no cotidiano das ESF, que nada é ou está sendo de forma integral como deveria ser. O acolhimento à demanda espontânea não é diferente.

O acolhimento inicialmente é feito pela técnica de enfermagem e, às vezes, pelas ACS ou pela enfermeira na triagem. Mas, também na varanda da unidade, nos consultórios, também se faz o acolher com os usuários, na medida em que a escuta de suas queixas são relatadas.

O Acolhimento à demanda espontânea é realizado. No entanto, nem sempre este usuário sai da unidade com seu problema solucionado de imediato. Quando possível, é encaminhado. As estratégias que são viáveis para a melhoria do acolhimento à demanda espontânea são: organização de agendas e conscientização da comunidade, pois, muitas vezes, parece que estou atendendo em uma unidade de emergência e não em uma unidade básica de atenção à saúde.

A atenção à Saúde da Criança é desenvolvida na UBS principalmente pela enfermeira em consultas de rotina de acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança de forma agendada, uma vez por semana, seguindo as recomendações do calendário do MS (idade x frequência). No município, dispomos de um protocolo que tenta determinar condutas frente a doenças na infância para o atendimento deste grupo. No entanto, este protocolo se mostra falho, pois percebo na rotina que ele é de difícil visualização, extenso, com muitas práticas que não competem ao enfermeiro realizar e não apresenta ilustrações. Considero que uma das ações que são melhores estruturadas são as ações de vacinação e a entrega de sulfato ferroso. Já, estando entre as piores ações, encontram-se os serviços de odontologia prestados a estas crianças.

Os registros dos atendimentos às crianças são encontrados no cartão espelho da vacina e nos prontuários. Apesar de que alguns dos registros não contemplam todos os dados relevantes da saúde das crianças de forma organizada.

No Caderno das Ações Programáticas a cobertura se mostra além dos 123% (65) desta faixa etária devido ao número de crianças cadastradas na UBS serem maior que o denominador oferecido pela estimativa da planilha sistematizada pelo Curso. Neste caso, pode estar havendo atendimentos a crianças fora da área da abrangência. No entanto, acredito que esta assistência pode ser mais quantitativa do que qualitativa, pois percebo que mesmo com toda esta cobertura na área ainda tem muitas carências, como por exemplo: educação alimentar, por mais que se fale e tente educar estas mães, eles insistem em introduzir alimentos muito cedo na dieta da criança; outro, a higiene das frutas que elas oferecem às crianças e, até mesmo, a higiene corporal precária de algumas crianças que se atende.

A capacitação dos profissionais é uma estratégia viável e fundamental para o atendimento desta população, visto a importância destas consultas nos primeiros anos de vida da criança e que influenciará os demais anos de sua vida. E, acredito

que, por falta de recursos e incentivos ao profissional algumas vezes, a assistência prestada a esta faixa etária não é devidamente executada.

A princípio, a formulação de um prontuário específico para as consultas de puericultura iria ajudar muito na organização da consulta e dos dados coletados. Daí, teria dados suficientes para identificar falhas e fazer uma busca ativa em crianças que são faltosas às consultas ou que não apresentam vacinação e demais práticas de saúde em dia.

As consultas de pré-natal foram implementadas na atenção básica a fim de minimizar/evitar a mortalidade infantil e a mortalidade materna que se apresentam como um problema de saúde pública. A captação precoce das gestantes no pré-natal e a melhoria da qualidade desta ação programática são fundamentais para a redução destas taxas. Levando em consideração estes fatos, na ESF seguimos o calendário de consultas das gestantes recomendado pelo MS e abrimos agenda para a primeira consulta do pré-natal para demanda espontânea, com a finalidade de não perder esta gestante e iniciar o pré-natal precoce.

Na ESF temos registros destes atendimentos em prontuários e caderno específico das consultas de pré-natal, o que possibilitou o preenchimento de todas as perguntas relacionadas ao pré-natal do Caderno de Ação Programática. Dispomos também de um protocolo para o atendimento das gestantes. O caminho que a gestante percorre ao iniciar o pré-natal é: primeira consulta com a enfermeira, em que são preenchidos todos os formulários para cadastramento, cartão da gestante, solicitado teste da mamãe e demais exames iniciais (hemograma, tipo sanguíneo, USG gestacional, EAS e glicemia). A partir deste momento, a gestante terá consultas intercaladas mensalmente entre médica e enfermeira.

Considero que 60% (26) de cobertura ao Pré-Natal, conforme nos orienta a Planilha sistematizada pelo Curso, seja um índice baixo, visto a necessidade e a importância das consultas de pré-natal. Este indicador realmente assusta, sendo que o conhecimento e que fosse apenas uma ou duas gestantes que como relatado por algumas fazem o acompanhamento do pré-natal em outras ESF seja pelo fácil acesso ou por demais motivos. É preocupante este número e, com certeza, desperta a necessidade da busca ativa para saber onde estão essas outras gestantes.

A assistência à saúde bucal e os exames ginecológicos, geralmente são procurados pelas gestantes somente quando elas apresentam um quadro clínico

agudo. Por exemplo, doenças sexualmente transmissíveis (DST), processo infeccioso/inflamatório bucal e dor intensa em região pélvica.

A realização da busca ativa mais assídua poderia possibilitar a ampliação da cobertura da atenção ao pré-natal. A melhoria da qualidade na atenção ao pré-natal pode acontecer na medida em que o gestor do município disponibilize esta oferta de serviços especializados a este grupo e também que estes profissionais tenham o interesse de buscar, também, as gestantes para fazer parte da rotina de atendimento. Isto poderia deixar, ao menos, um período da semana ou quinzenal para o atendimento apenas destas gestantes.

No Brasil, as elevadas taxas de morbimortalidade por câncer ginecológico motivaram o desenvolvimento de ações de Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, que são de grande importância na atenção primária à saúde para o diagnóstico precoce (BRASIL, 2013).

Considero que esta cobertura de 91% (684) obtida pela análise situacional, seja ilusória, pois a maioria recebe orientações, mas não realizam o exame preventivo propriamente dito. Isso é devido ao pouco número de vagas que tenho para realizar a análise destas amostras coletadas na minha unidade. Na UBS que trabalho, posso enviar para análise apenas 14 amostras de citologias oncóticas de colo de útero mensais. Assim, considero um número baixíssimo diante do número de mulheres que são cadastradas na minha área e que realmente necessitam. Também, acredito que seja cultural, já que maioria das mulheres que me procuram querendo fazer o exame já apresenta algum sintoma de DST's. No município, não dispomos de protocolo do local para o atendimento destes usuários e nem capacitação para tal. Por isto, é seguido as orientações dos manuais do MS. Os registros destes atendimentos disponibilizados aos usuários são encontrados em prontuários simples e em caderno específico de coleta de prevenção do câncer do colo do útero. Todas as usuárias que são atendidas na ESF sempre são questionadas sobre seus hábitos e costumes (higiene/uso de preservativo e há quanto tempo fez o exame preventivo do colo de útero) e, também, são orientadas e encaminhadas quando necessário. No entanto, ainda não foi possível fazer palestras educativas sobre o tema devido a problemas estruturais, mas em breve planejarei para que isso ocorra.

Orientar o usuário é possível sem recursos providos pelo gestor, a partir da iniciativa do profissional e da resposta ativa da população. Agora, a prática do

exame de prevenção do câncer de colo do útero já é mais complicado. Há uns meses atrás, o município não estava fazendo o exame. Ficamos 5 meses sem fazer este exame por questões de pagamento e licitação entre a gestão e o laboratório terceirizado. Perdemos muito a credibilidade com as mulheres, pois desde segundo semestre do ano passado as mulheres que fizeram a coleta não receberam seus resultados, tendo como justificativa perda e desaparecimento delas do Serviço. São vários fatores que influenciam na acessibilidade do usuário aos serviços de saúde. Hoje, há usuários que estão fazendo a coleta pela terceira vez, pois ainda não conseguiram receber o resultado.

Neste aspecto, de melhorar qualidade e ampliar cobertura, acredito que teria que ser um movimento que envolva toda a rede, contando que é função do gestor promover mais recursos e articulação entre os serviços para podermos aumentar o número de coletas realizadas na ESF.

A maioria das usuárias que mantém o exame em dia são as que apresentaram alterações graves e fazem o acompanhamento mais rigoroso. Já, as demais usuárias fazem uma vez ou outra na vida, sem ter uma continuidade. Como solução, percebo que para tentar solucionar este desafio é a conscientização destas mulheres e sempre tentar fazer a busca ativa destas, mantendo a necessidade nossa da garantia da coleta e dos resultados a tempo.

Na UBS não possuímos registros específicos para ações voltadas para o controle do câncer de mama. Temos apenas registrado nos prontuários simples das usuárias o encaminhamento para médico especialista ou a solicitação da mamografia.

A cobertura de controle de CA de mama na área é de 89% (214) e é considerada ainda deficitária, sendo que a população que tem acesso a este serviço geralmente já é sintomática e não preventiva, deixando de ser uma ação preventiva para ser diagnóstica tão somente.

Os indicadores nos gráficos do CAP apenas refletem a nossa realidade. Por que um grande número de usuárias que não tem acesso aos exames preventivos? Não estaríamos fazendo excesso de orientações à saúde da mulher nas consultas e descuidando dos retornos dos resultados dos exames de citologia oncológicas para o diagnóstico precoce? Também, neste aspecto, não percebo como a mudança no meu processo de trabalho viria a ampliar a cobertura de tal procedimento, já que o município sequer disponibiliza o exame da mama de forma acessível e universal

para os usuários, neste momento. No aspecto que abrange orientação e educação sobre o assunto, sempre é realizado na UBS, seja em consultório ou em grupo. Em diálogo com a Equipe de formação do curso, percebesse que para ter mudanças no processo de trabalho, pode-se pensar uma forma. Seria os profissionais buscarem solução junto à gestão, por meio dos protocolos das atividades da Atenção Primária à Saúde, relatórios, organização do serviço e trabalho em equipe, todas estas atividades contempladas na perspectiva da ESF.

A ESF felizmente possui registro que nos ligue a essas mulheres que apresentaram exame alterado, fazendo com que não a percamos. Assim, as mantemos acompanhadas. Geralmente, quando ocorre alteração, essas usuárias não retornam a ESF, sendo mais comum a migração para os hospitais do DF, tornando ainda mais difícil o acompanhamento destas. Nesse ponto, percebe-se que os usuários precisam ser acompanhados por serviços de mais complexidade, incluindo o acompanhamento pela a equipe em conjunto com os agentes comunitários de saúde (ACS).

As Doenças Crônicas não transmissíveis, como a Diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica, têm assumido importância cada vez maior no elenco de ações programáticas da atenção básica em função da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida, que propiciam condições epidêmicas destas doenças na população brasileira.

Na ESF, não temos registros que relatam especificamente o atendimento deste grupo, pois tenho dados apenas em prontuários simples e, nem sempre, com registro de todas as informações do usuário. No entanto, desenvolvi este tema nas atividades baseado nas rotinas das consultas realizadas na UBS, já que se percebe que o usuário chega apenas querendo trocar receita e/ou trocar medicação, com receitas de 6 meses ou até mais tempo de atraso.

A cobertura do programa para hipertensos está com falhas, não conseguindo a identificação ou a permanência/frequência deles nas atividades envolvendo o grupo. A cobertura deste grupo não chega à metade, sendo que os grupos dos hipertensos apresentam apenas 27% (167) da cobertura, sendo que nenhum tem realização de estratificação de risco cardiovascular realizado e nem sequer exames complementares periódicos em dia.

Os indicadores e a rotina da UBS evidenciam que a assistência a este grupo é precária e que, nem mesmo nas consultas, as avaliações destes usuários estão

sendo feitas de forma adequada. Acredito que isto é devido à falta de protocolo no município para o atendimento destes usuários e capacitação dos profissionais. Quase a totalidade destes usuários é atendida apenas pela médica da ESF.

Falta o atendimento de qualidade para este grupo, com um questionário específico de suas afecções e comorbidades associadas a Diabetes Mellitus (DM) e à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). É necessária uma avaliação específica e contínua deste grupo. Não apenas a prescrição de medicações e a troca de receitas.

Os idosos são mais vulneráveis às doenças decorrente do processo de envelhecimento. O atendimento a esta população se faz necessário na atenção básica para intensificar a preservação da funcionalidade, a preservação de sua autonomia, a inclusão social e os cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida do idoso e evitar doenças passíveis de prevenção.

Percebo pela rotina e atendimento que a maioria dos idosos que procuram a UBS é portadores de alguma doença crônica degenerativa. No entanto, pode-se promover uma melhora nesta cobertura da saúde do idoso. Por exemplo, percebe-se que na unidade não há na rotina eventos voltados apenas para este grupo. Para realmente conquistar a confiança do idoso e fazer as visitas a ESF, uma rotina para este grupo seria primordial, pois eles procuram a ESF quando estão sem medicação/receita ou quando estão com algum agravo de saúde agudo (infecção urinária ou infecção do trato respiratório). Por estes e outros motivos que venho vivenciando na UBS do município, tenho percebido que a UBS está funcionando como se fosse um serviço de atendimento a emergências e doenças agudas e, na verdade, a proposta não é essa.

As orientações sobre alimentação e atividade física são realizadas apenas no momento das consultas. E todos os outros indicadores de qualidade de vida e saúde são, de certa maneira, negligenciados. Acredito que a falta de protocolo de atendimento à Saúde do Idoso seja a explicação mais plausível para este fato.

Aposto em algumas estratégias práticas para melhorar a qualidade da atenção e ampliar a cobertura. São elas: aumentar a frequência das visitas domiciliares aos idosos; realizar, com frequência assídua, um cronograma de atividades, palestras e procedimentos apenas para esse grupo; fazer busca ativa dos idosos que não comparecem na unidade; fazer um protocolo de atendimento e acompanhamento da saúde do idoso. Enfim, é fundamental trazer esses idosos para a rotina da ESF.

A questão da saúde bucal é muito delicada em todos os grupos atendidos na ESF, por conta da escassez de recursos. As orientações sobre alimentação e exercícios físicos sempre são levantadas em consultas e palestras. Portanto, na UBS, a principal função está na educação/promoção/prevenção para estimular mudanças de hábitos.

A capacidade dessa ESF para os atendimentos de saúde bucal são apenas 8 (oito) atendimentos por dia, isso se deve a pouco material que é disponibilizado para cada equipe. Os materiais são: os de bandeja, os que entram em contato direto com a mucosa do usuário e que necessitam ser esterilizados para serem reutilizados, ex.: temos apenas quatro kits. São utilizados no período matutino e após a utilização dos mesmos eles materiais são esterilizados para serem utilizados novamente no período vespertino.

A capacidade de ação coletiva é imensurável, visto que estas ações podem ser de ações educativas e preventivas. No entanto, no município não há cultura de prevenção e promoção da saúde bucal, haja vista que a maioria dos casos que chega à UBS ou precisa ser encaminhada para fazer “canal” em outro serviço ou na UBS para extração do dente ou com processo inflamatório na cavidade bucal. Os usuários são encaminhados para o CEO, mas a resolutividade desse serviço é baixa devida à grande demanda.

Considero baixa a quantidade de atendimentos e procedimentos clínicos realizados na unidade, particularmente na primeira consulta programática, sendo 30% (860), demonstrando mais uma vez que o cidadão não está tendo acesso à saúde que é preconizada. Os procedimentos invasivos e com maior risco biológico, deveria ser garantido o mínimo de biossegurança nos consultórios que realizam esses procedimentos, como instalar/equipar as UBS com estrutura física adequada e manter a entrega contínua e regular dos insumos básicos e necessários para o atendimento de qualidade e com segurança.

Acredito que a melhora da atenção à saúde bucal no SUS apenas será realidade na vida dos brasileiros quando se fizer educação bucal. A população precisa ser reeducada, precisar saber que perder um dente não é normal, precisar saber e fazer mais higiene, conscientizar que o dentista não está ali apenas para extração do dente e atendimento ambulatorial, mas também para ensinar e re-ensinar a como higienizar a cavidade bucal, a população precisa saber que não deve

procurar o dentista só por causa da dor. Infelizmente o nosso país ainda é muito curativo e nada preventivo.

Avaliando todos os indicadores e números levantados no Caderno de ações programáticas, acredito que o que pode partir da equipe para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção, é fazer sempre uma busca ativa periódica destes usuários que nunca apareceram na UBS e os que são faltosos. E, também, solicitar do nosso gestor educação continuada e capacitação para os profissionais.

Em contrapartida, precisamos de investimentos por parte dos nossos gestores, que eles consigam estruturar um ambulatório sem riscos para o usuário e que seja capaz de oferecer todos os tipos de procedimentos básicos para o usuário ter continuidade/ acompanhamento e conclusão no tratamento.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório de Análise Situacional

Diante da percepção primária que tivemos da situação dos atendimentos na UBS neste município, possibilitou-nos a identificar apenas as dificuldades que nos como profissionais enfrentamos no processo de trabalho na ESF devido os mais diversos problemas desde a estrutura física até o processo de organização dos atendimentos. Sendo realizado este diagnostico na segunda semana de ambientação do curso de Especialização em Saúde da Família/UFPEL.

Mas no decorrer do curso o aprofundamento dos nossos conhecimentos e a investigação e identificação do processo trabalho, estrutura física, recursos materiais, características da população e dos tipos de atendimentos mais realizados na UBS. Foi notória agora a identificação da assistência que os usuários do Sistema não estão recebendo, a baixa cobertura para grupos específicos e prioritários como, crianças, gestantes, hipertensos e /ou diabéticos e idosos evidência este fato.

Na análise situacional foi colocado de forma sistematizada e organizada, através de tabelas e gráfico o quantitativo de ações educativas e práticas não realizadas ou realizadas parcialmente, qualidade da assistência prestada, cobertura

da população assistida pela ESF, indicadores de qualidade e informação/instrucionais sobre o atendimento a grupos prioritários na ESF.

Na rotina dos atendimentos na ESF o que eram antes usuários em busca de atendimento, se tornou uma assistência sistematizada com objetivos específicos para este grupo. Com vistas a buscar mais este grupo, interagir e manter uma relação usuário-equipe da UBS para ter estes próximos e frequentes na ESF. Influenciando, assim, toda a organização da ESF para promover o melhor acesso e assistência destes usuários na UBS.

A prática referente a estes grupos transformou-se substancialmente, o que se mostra por outras vertentes a assistência a estes usuários. O que antes se restringia apenas a palestras educativas, com a análise situacional, observou o aumento do desempenho na assistência individual do usuário, presenciando a mudança de hábitos de alguns pacientes após a assistência e o retorno deles na UBS.

O SUS é um sistema que pode e deve ser eficaz, no entanto verdadeiramente não sei apontar onde esta ocorrendo falhas. Percebe-se como uma cascata destas que está deixando o sistema cada vez defasado e desacreditado.

Na Estratégia Saúde da Família nº 12, situada no município de Planaltina de Goiás, como demais ESF localizada em toda extensão territorial do Brasil, enfrentam situações que difere com o que é citado nas leis e portarias que regulamentam os programas de atenção primária em saúde do MS.

Quem? Quando? Onde? Como? Ficam as interrogações do porque não trabalhamos em um ambiente digno e salubre? Usuários não recebem a assistência que lhes são garantidas?

Enfim, quando essa cascata desaba aqui na base do serviço, resulta em inúmeras assistências não realizadas ou realizadas de maneira inadequada e uma população cada vez mais vulnerável a doenças passíveis de prevenção. Percebo rotineiramente que o usuário do SUS que procura o serviço da ESF apenas quando está com uma doença aguda, não sendo rotina da comunidade a pratica da prevenção ou promoção à saúde, perpetuando o Brasil curativo e negligenciando o preventivo.

Enfim, percebe-se agora na análise situacional com mais embasamento científico as falhas que esta acontecendo em todos os processos no atendimento ao usuário na Estratégia Saúde da Família.

2. Análise Estratégica

A análise estratégica emerge como espaço construído na Unidade 2 que procurou desenvolver o projeto de intervenção, neste caso voltado a uma ação programática típica em APS e repercute na escolha a partir das atividades desenvolvidas na análise situacional.

2.1 Justificativa

O projeto de intervenção será efetivado na ação programática que envolve a assistência aos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou *Diabetes Mellitus* (DM). Segundo o Ministério da Saúde (MS), no Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. A HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por, pelo menos, 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006a). Segundo a Associação Brasileira de diabetes e o CENSO-IBGE 2010 no Brasil a estimativa é de 12.054.827 portadores de DM. No Brasil, o DM junto com a HAS, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em usuários com insuficiência renal crônica, submetidos à diálise. Segundo o MS no Brasil 1.628.025 indivíduos sejam portadores de doença renal crônica (DRC) no Brasil, e 65.121 estão em diálise.

Na ESF12 Brasilinha 17 no município de Planaltina de Goiás, GO, a cobertura é de 27% (167) para os usuários portadores de HAS e de 29% (51) para os usuários diabéticos. Nesse acompanhamento compreende ações coletivas: atividades de palestra educativa e caminhadas, consultas de enfermagem e médica, monitorização da PA e glicemia por meio de mapas e distribuição de medicamento. Infelizmente, por motivos de gestão não estão sendo disponibilizados os exames laboratoriais.

A equipe se mostra empenhada e ativa nas atividades em equipe e no envolvimento da população nas atividades de saúde. No entanto, os recursos materiais e humanos são poucos, exemplo temos carência no município de médicos, de especialidades, de exames, de materiais básicos para o funcionamento de uma UBS, inviabilizando a prestação de uma assistência integral a população. A principal dificuldade é a implantação de uma rotina para este grupo na UBS, tanto para os profissionais quanto para a população. A contra-referência destes usuários para especialidades é uma dificuldade apresentada que cabe ser destacada neste momento. A intervenção na assistência prestada aos usuários portadores de HAS e DM é, hoje, a mais necessária na ESF12, pois apresenta dentre todas as ações programáticas a pior cobertura. Pela fragilidade dos indicadores de cobertura e qualidade acompanhados no CAP e pelas dificuldades apresentadas nesta ação programática, pretende-se qualificar esta ação programática típica em Atenção Básica.

Assim sendo, a população-alvo desta intervenção serão os usuários adultos, maiores que vinte anos, portadores de HAS e DM e que residem na área de abrangência da ESF12 Brasilinha 17 no município de Planaltina de Goiás, GO. A partir o relatório de análise situacional da Unidade 1 do Curso, utilizando os recursos educacionais do Caderno das Ações Programáticas, a estimativa orientada para esta população foi de 549 usuários. Com essa perspectiva demográfica e epidemiológica construída, foi possível direcionar ações e metas. A meta principal é melhorar a cobertura e assistência prestada a estes usuários. Cabe salientar que maioria destes usuários apresenta idade superior a 50 anos. A realidade demonstra que na ESF são realizadas apenas as consultas médicas deste grupo, afim de prescrição das medicações, sendo necessária uma assistência interdisciplinar e multiprofissional que contemple todos os exames e avaliações necessárias para a promoção da saúde nestes usuários.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), particularmente HAS e DM, são as que mais acometem a população mesmo sendo passível de prevenção. Na UBS não está sendo viabilizada de forma integral a promoção da saúde destes usuários e nem a prevenção das complicações causadas pela HAS e DM. Ou seja, a função básica de promoção e prevenção não está sendo disponibilizada a este grupo, o que permite pensarmos em atuar como projeto de intervenção nessa realidade. Os aspectos que viabilizaram a intervenção certamente é o interesse dos profissionais da ESF de contribuir para a melhora da assistência, em contrapartida teremos dificuldade com qualquer atividade que dependa dos recursos financeiros da gestão. Na população alvo será satisfatório notar a redução dos casos de complicações e de intercorrências agudas passíveis de prevenção, o que coloca a Atenção Primária em Saúde (APS) de “braços abertos” nessa contextualização local apresentada.

Além disso, enquanto interventora, percebe-se que esta intervenção irá melhorar a qualidade de vida dos usuários portadores de HAS e DM e também a comunidade, em geral, pois através de uma assistência sistematizada será possível identificar usuários novos, usuários com falta de medicação, usuários com complicações iniciais e tentar modificar os agentes externos que fragilizam os hipertensos e diabéticos a desenvolverem complicações e a comunidade a desenvolver a HAS e DM.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou. Diabetes Mellitus na ESF12 – Brasilinha 17, Planaltina de Goiás, GO

2.2.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos;
2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa;
3. Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;
4. Melhorar o registro das informações;
5. Mapear os hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
6. Promoção da saúde;

2.2.3 Metas

As metas apresentadas a seguir são dispositivos organizados a partir dos seis objetivos específicos propostos anteriormente e que compõem o projeto de intervenção.

Relativas ao objetivo 1:

1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;
2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2:

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

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

Relativas ao objetivo 3:

5. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;

6. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

7. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo em 4 meses, 100% em 12 meses;

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

9. Monitorar a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

10. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Relativas ao objetivo 4:

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

12. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Relativas ao objetivo 5:

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

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

Relativas ao objetivo 6:

15. Encaminhar e monitorar 100% dos usuários diabéticos na avaliação odontológica;

16. Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos.

17. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100 % dos hipertensos;

18. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100 % dos diabéticos;

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

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

21. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos;

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

2.3 Metodologia

O projeto de intervenção foi estruturado para ser desenvolvido na ESF 12 Brasilinha 17 no município de Planaltina de Goiás, GO, pela equipe da unidade composta por quatro agentes comunitários da saúde, uma médica, uma dentista, um auxiliar de saúde bucal, um técnico de enfermagem, sob a orientação e coordenação da Enfermeira da unidade.

A população-alvo deste projeto são os adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, acompanhados em um Serviço de Saúde da Atenção Primária em Saúde. A intervenção terá o acompanhamento de quatro meses desta população, implementando ações descritas detalhadamente a seguir, objetivando o alcance das metas estabelecidas e a continuidade da ação programática na rotina do Serviço.

Serão utilizados como instrumentos de coleta de dados: a ficha espelho, uma planilha de coleta de dados e a Planilha eletrônica de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações. Utilizaremos programas *Microsoft Word* e *Excel* para viabilizar e organizar os dados a serem coletados.

Inicialmente, a coleta de dados dar-se-á por meio de busca de prontuários e cadastros de usuários para coletar as informações iniciais. Em seguida, em todas as consultas de enfermagem e médicas previamente agendadas será preenchida a ficha espelho que alimentará a planilha de coleta de dados semanalmente.

Ao final da Unidade 3, a Unidade da Intervenção, serão reunidos todos os dados coletados e aplicados em tabelas, utilizando os indicadores para identificar os resultados finais do estudo. Assim, será apresentado um relatório da intervenção.

As ações envolverão os quatro eixos pedagógicos do Curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica e são dispostos seguindo a construção dos objetivos, metas e indicadores desse projeto de intervenção em APS.

2.3.1 Detalhamento das ações

2.3.1.1 Ações no eixo de monitoramento e avaliação

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, será a nossa primeira ação no eixo de monitoramento e avaliação. Iremos monitorar o número de hipertensos e diabéticos através do cadastramento de todos pertencentes da área de abrangência da UBS. Serão feitas através da avaliação das fichas "A" preenchidas pelos ACS para definição do número de hipertensos, Avaliação do total de consultas, atividades e palestras mensais realizadas em usuários portadores de HAS e DM.

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) será a nossa segunda ação no eixo de monitoramento e avaliação. Iremos avaliar a periodicidade através das datas anotadas nos prontuários dos usuários e monitorar a assiduidade dos usuários avaliando os usuários agendados e os usuários que não compareceram, sendo realizado semanalmente aos faltosos nas consultas agendadas, gerando assim dados para a

busca ativa. Ação será realizada pela técnica de enfermagem semanalmente antes de cada agendamento de consultas para a semana posterior.

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos será a nossa terceira ação no eixo de monitoramento e avaliação, será feito durante as consultas a avaliação e monitorização dos exames a partir dos dados coletados no momento das consultas e os anotados nos prontuários e, notificando, junto aos colegas da ESF. Esta ação será realizada cotidianamente pelo enfermeiro e médico na rotina do atendimento.

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 será a nossa quarta ação no eixo de monitoramento e avaliação. Monitorar a partir dos dados anotados nos prontuários (todo profissional que atende o usuário anotará todos os procedimentos realizados, prescrições, solicitações de exames e encaminhamentos realizados). Acompanhar todas as solicitações de exames laboratoriais solicitadas por profissionais da UBS. Será realizada cotidianamente pelo enfermeiro e médico na rotina do atendimento e no retorno dos pacientes as consultas.

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia será a nossa quinta ação no eixo de monitoramento e avaliação. Iremos monitorar o acesso deste grupo de usuários aos medicamentos da Farmácia Popular sejam as medicações dispensadas na ESF que são anotadas quais e quantos foram entregue ao paciente no cartão do hipertenso ou pelo relato do usuário que faz uso da medicação e questionar usuários durante consulta onde e como estão conseguindo pegar os medicamentos. Esta ação será executada pela técnica de enfermagem na UBS através do cartão do hipertenso e/ou diabético constando as medicações entregues e pelos ACS na rotina das visitas domiciliares.

Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos e hipertensos acompanhados na unidade de saúde será a sexta ação no eixo de monitoramento e avaliação. Monitorar através da revisão periódica semanal dos prontuários. Avaliar as anotações (ausência de exames, medicação em uso, pressão arterial aferida, exame clínico), executadas pela enfermeira e médica.

Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista será a sétima ação no eixo de monitoramento e avaliação.

Será feito a partir da observação dos dados anotados e anexados ao prontuário do usuário. O dentista e seu auxiliar irão manter o acompanhamento e a monitorização das anotações e dos quantitativos de consultas e procedimentos realizados neste grupo.

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos será a oitava ação no eixo de monitoramento e avaliação. Através de registros de palestras da própria ESF. Observar as anotações em prontuários sobre orientações durante consulta. Será realizada em conjunto pela médica, enfermeira e se quando houver oportunidade por uma nutricionista.

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos será a nona ação no eixo de monitoramento e avaliação. Será executada pela enfermeira e a médica, através de registros de palestras realizadas pelos profissionais da ESF. Anotações em prontuários sobre orientações durante consulta. Relato do usuário durante as consultas.

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos será a décima ação no eixo de monitoramento e avaliação, sendo realizada pela enfermeira e a médica através de registros de palestras, estas palestras será desenvolvida pela enfermeira e os ACS, podendo ter profissionais convidados, sendo esta atividade desenvolvida na ESF.

2.3.1.2 Ações no eixo da organização e gestão do serviço

Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa será a primeira ação no eixo da organização e gestão do serviço, por meio do preenchimento das fichas A, ficha B HAS e DIA. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM, a partir das mudanças da organização e da priorização deste grupo. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, por meio de solicitação e requisição destes materiais e até mesmo com uso do meu aparelho que ponho a disposição até a entrega dos que fora solicitados. Capacitar os ACS e o técnico de enfermagem para o acolhimento, o cadastramento e registro deste grupo

de usuário. Solicitar sempre que necessário material para viabilizar o atendimento deste grupo.

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher os diabéticos e hipertensos provenientes das buscas domiciliares será a segunda ação no eixo da organização e gestão do serviço. Capacitar e incentivar os ACS a identificar os usuários faltosos. Durante a visita domiciliar já deixa agendada a próxima consulta na ESF.

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. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde será a terceira ação no eixo da organização e gestão do serviço. Capacitar os ACS e o técnico de enfermagem a fazer a triagem para o exame clínico do usuário. Orientar os ACS periodicamente (mensal) e sempre que necessário, mediante apresentação de materiais ilustrativos e palestras.

Garantir a solicitação dos exames complementares será a quarta ação no eixo da organização e gestão do serviço. Solicitar ao gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alertas (sistema de alerta será definido com a equipe na presença de alteração de algum resultado de exames realizados e intensificar o acompanhamento deste usuário) exames complementares preconizados. Capacitar os profissionais aptos a solicitarem rotineiramente exames laboratoriais preconizados pelo protocolo. Orientar usuários e profissionais o direito de solicitarem a agilidade da realização dos exames. Estabelecer sinais de alerta em exames laboratoriais e em quadro sintomáticos em usuário portadores de DM e HAS.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde será a quinta ação no eixo da organização e gestão do serviço. Monitorar todos os medicamentos que entram na Unidade, seus lotes, concentrações e prazos de validade. Manter atualizado registro das medicações utilizadas por todos os usuários portadores de DM e HAS.

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 será a sexta ação no eixo da organização e gestão do serviço. Repassar todas as informações obtidas nos registros da ESF para a Coordenação de saúde do município. Elaborar uma planilha/ prontuário específico para o acompanhamento deste grupo de usuários. Revisão periódica do número de usuários portadores de HAS e DM e a relação entre o número de consultas realizadas.

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda será a sétima ação no eixo da organização e gestão do serviço. Orientar os ACS a priorização destes usuários que apresentem sinais de alerta (o não uso da medicação, pressão arterial elevada, sintomatologia aguda).

Solicitar à dentista uma agenda para a atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso. Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico será a oitava ação no eixo da organização e gestão do serviço. Destinar um dia da semana da agenda da odontologia para o atendimento da saúde bucal dos usuários portadores de HAS e DM. Solicitar ao dentista a priorização e a classificação de risco odontológico nestes usuários.

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade será a nona ação no eixo da organização e gestão do serviço. Realizar palestras educativas sobre alimentação saudável. Solicitar a avaliação da nutricionista para usuários com dificuldades para promover uma reeducação alimentar e usuários que apresentem obesidade.

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade será a décima ação no eixo da organização e gestão do serviço. Realizar palestras educativas sobre atividade física, roupas e calçados adequados. Promover atividades físicas em grupo na ESF. Solicitar a gestão a atuação de um educador físico nas atividades na ESF.

Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" será a décima primeira ação no eixo da organização e

gestão do serviço. A partir da formulação de dados quantitativos de tabagistas existentes na área e solicitação da execução da política para pacientes nesta situação.

2.3.1.3 Ações no eixo do engajamento público

Informaremos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, por meio das palestras desenvolvidas pela enfermeira e pela médica com a presença e contribuição dos demais membros da equipe, nos atendimentos individuais nas consultas ambulatoriais da enfermeira e da médica, nas visitas domiciliares e através das buscas ativas realizadas pelos ACS na sua rotina de trabalho. Em todas essas ações informaremos a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Orientaremos a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 milímetros de mercúrio (mmHg). Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, esta será nossa primeira ação no eixo do engajamento público. Realizaremos palestras educativas na comunidade periodicamente ministrada pela enfermeira e pela médica da UBS. Distribuição de panfletos informativos disponibilizados pelo MS, na recepção da UBS durante as consultas e durante as palestras educativas. Em todas as consultas de atendimento individual realizado pela enfermeira e pela médica, na rotina da recepção e da triagem dos pacientes que procuram a ESF e na rotina das visitas domiciliares dos ACS, a equipe irá investigar o histórico e os sinais do usuário sugestivos para DM e HAS.

Informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouviremos 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, esta será nossa segunda ação no eixo do engajamento público. Realizar palestras educativas na comunidade periodicamente. Realizaremos busca ativa através de visitas domiciliares.

Orientaremos 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 esta será nossa terceira ação no eixo do engajamento público. Realizar palestras educativas sobre riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão na comunidade periodicamente.

Orientaremos os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares esta será nossa quarta ação no eixo do engajamento público. Realizar palestras educativas na comunidade periodicamente. Orientar usuários durante consulta. Capacitar ACS para orientarem usuários em suas visitas.

Orientaremos os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso esta será a quinta primeira ação no eixo do engajamento público. Realizar palestras educativas quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia, periodicamente. Informaremos à comunidade os meios de informação para reclamações.

Orientaremos os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, esta será a sexta ação no eixo do engajamento público. Realizar palestras educativas na comunidade periodicamente. E, orientá-los também em consultório.

Orientaremos 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, por exemplo, alimentação. Esta será a sétima ação no eixo do engajamento público. Realizar palestras educativas sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis na comunidade periodicamente. Orientar os usuários também durante as consultas.

Buscaremos parcerias na comunidade, reforçando a intersectorialidade nas ações de promoção da saúde. Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista esta será oitava ação no eixo do engajamento público. Orientar a comunidade quanto aos

seus direitos de acesso a assistência à saúde bucal. Serão orientados quais os meios de informação eles devem recorrer.

Orientaremos diabéticos, hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, esta será nona ação no eixo do engajamento público. Realizar palestras educativas sobre alimentação saudável na comunidade periodicamente; Enfatizar alimentação saudável durante a consulta.

Orientaremos hipertensos, diabético e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, esta será décima ação no eixo do engajamento público. A equipe realizará palestras educativas na comunidade periodicamente e promover atividades físicas em grupo na ESF seguidas de palestras.

Orientaremos os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, esta será a décima primeira ação no eixo do engajamento público. Orientaremos usuários que se declararem tabagistas a forma de tratamento para o abandono do tabaco e exemplificar como funciona do tratamento de forma clara e simples e não utilizando termos técnicos ou de difícil compreensão, realizando nos momentos de atendimento individual com a enfermeira e com a médica e ainda nas palestras desenvolvidas pela equipe da ESF.

2.3.1.4 Ações no eixo da qualificação da prática clínica

A enfermeira capacitará os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitará também os demais membros da equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, esta será a primeira ação no eixo da qualificação da prática clínica. Promovendo a capacitação da equipe para o atendimento e a triagem dos hipertensos e diabéticos.

Inclui também um curso de capacitação para treinar os ACS para as orientações de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, esta será a segunda ação no eixo da qualificação da prática clínica. Os ACS serão orientados quanto as datas e horários das consultas previamente estabelecidas para os usuários portadores de DM e HAS, para que possa ser repassada à comunidade sempre que houver alguma mudança. Os ACS serão

informados sobre o intervalo mínimo entre uma consulta e outra. Os ACS serão orientados a encaminhar para consulta na ESF o usuário que apresente a pressão arterial alterada, o não uso correto da medicação, presença de feridas em membros e usuários faltosos.

A enfermeira e a médica irá capacitar a equipe por meio de reuniões e treinamentos para a realização de exame clínico apropriado, esta será a terceira ação no eixo da qualificação da prática clínica. Organizar capacitação da equipe e, após, programar periodicamente reuniões e reciclagem com a equipe, solucionando dúvidas e colocando em discussão casos clínicos. Isso se caracteriza como uma proposta de educação continuada a ser implementada no Serviço sobre supervisão e coordenação da enfermeira.

Será realizada a capacitação e a orientação, sobre qualquer alteração que surgir da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, esta será a quarta ação no eixo da qualificação da prática clínica. Será apresentado à equipe o protocolo utilizado na UBS e disponibilizá-lo para acesso de todos.

Promoveremos a atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes, por meio de capacitações desenvolvidas pela equipe da ESF, por capacitações advindas da esfera municipal, estadual e federal. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, esta será a quinta ação no eixo da qualificação da prática clínica. Capacitar os ACS sobre as medicações utilizadas pelos portadores de DM e HAS; orientá-los a investigar usuários que não fazem uso da medicação ou fazem de forma inadequada.

Promoveremos o treinamento da equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, esta será a sexta ação no eixo da qualificação da prática clínica. Promovendo capacitação para o preenchimento de todos os registros de cadastramento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

Capacitaremos a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos-alvo, em especial a avaliação dos pés. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, esta

será a sexta ação no eixo da qualificação da prática clínica. Trabalharemos em conjunto médica e enfermeira para realizarmos durante as consultas a estratificação de risco destes usuários. Manterá comunicação contínua para ter uniformidade nas ações e nos registros do acompanhamento destes usuários.

Capacitaremos a equipe para o encaminhamento para a avaliação e tratamento bucal dos usuários hipertensos e diabéticos, esta será a sétima ação no eixo da qualificação da prática clínica. Orientando equipe para o encaminhamento dos usuários deste grupo para avaliação e tratamento bucal.

Capacitaremos a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Capacitaremos a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde esta será a oitava ação no eixo da qualificação da prática clínica. Promover educação continuada da equipe sobre práticas de alimentação saudável e orientar para que sejam percussores destas medidas de reeducação alimentar.

Capacitaremos a equipe para o tratamento de usuários tabagistas. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias ativas de educação em saúde, esta será a nona ação no eixo da qualificação da prática clínica. Promoveremos capacitação para a equipe desenvolver trabalhos/estudo e educação com os tabagistas.

Capacitaremos a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitaremos a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde, esta será a décima ação no eixo da qualificação da prática clínica Estimularemos a equipe e a comunidade a iniciar as práticas de atividade física em grupos. Orientaremos a comunidade a permanecer as atividades e a observar no seu cotidiano as melhorias e disposição para as práticas. Estas ações serão implementadas e introduzidas nas consultas individuais de cada paciente e nas palestras educativas principalmente as que abordem este tema como foco.

2.4 Indicadores

Para a realização da intervenção na ação programática especificada, apresentam-se os indicadores, construídos a partir da planilha OMIA, Anexo "A", e que serão utilizados para monitoramento das atividades nos quatro meses da intervenção, almejando que a intervenção faça parte da rotina do serviço.

Relativo à meta 1

Indicador 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.

Relativo à meta 2

Indicador 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.

Relativo à meta 3

Indicador 3 - Proporção de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

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

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

Relativo à meta 4

Indicador 4 - Proporção de diabéticos faltosos à consulta médica com busca ativa.

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

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

Relativo à meta 5

Indicador 5 - 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.

Relativo à meta 6

Indicador 6 - 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.

Relativo à meta 7

Indicador 7 - 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.

Relativo à meta 8

Indicador 8 - 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 hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Relativo à meta 9

Indicador 9 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Relativo à meta 10

Indicador 10 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Relativo à meta 11

Indicador 11 - 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.

Relativo à meta 12

Indicador 12 - 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.

Relativo à meta 13

Indicador 13 - 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.

Relativo à meta 14

Indicador 14 - 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.

Relativo à meta 15

Indicador 16 - Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativo à meta 16

Indicador 15 - Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Relativo à meta 17

Indicador 17 - 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.

Relativo à meta 18

Indicador 18 - 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.

Relativo à meta 19

Indicador 19 - Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Relativo à meta 20

Indicador 19 - Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativo à meta 21

Indicador 21 - 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.

Relativo à meta 22

Indicador 22 - 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.

2.5 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção à saúde dos portadores de hipertensão e diabetes vamos adotar os manuais técnicos do Ministério da Saúde: Cadernos de Atenção Básica n.16 Diabetes Mellitus, Cadernos de Atenção Básica n.16, Hipertensão Arterial Sistêmica, e o Caderno de Atenção Básica n.14, Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica, publicado em 2006. Os manuais foram solicitados ao gestor para estarem presentes no serviço. Utilizaremos a ficha de cadastramento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos disponíveis no município, adaptada a partir das atualizações dos manuais e do próprio curso de especialização em Saúde da Família da UFPel, modalidade à distância. Assim, serão solicitadas 150 fichas-espelho. A ficha vigente na ação programática em questão, observada na análise situacional, não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, exame dos pés e estratificação de risco cardiovascular. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, a enfermeira e o médico irão elaborar uma ficha adaptada que deverá ser organizada em ordem alfabética e ser sempre preenchida quando o usuário for assistido pelos profissionais. A ação programática será, então, desenvolvida em toda a sua integralidade do cuidado. Nessa perspectiva da intervenção, estima-se envolver 51 usuários diabéticos e 216 usuários hipertensos, sendo que já possuímos todas as fichas necessárias. Também, far-se-á contato com o gestor municipal para viabilizar a impressão das fichas-espelho reorientadas. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados, a qual será alimentada semanalmente. O registro específico do programa será organizado pela enfermeira. E, para isto, será utilizada a ficha-espelho específica para esta intervenção, disponibilizada pelo programa de especialização em saúde da família. As cópias das fichas-espelho também serão solicitadas em média 150 fichas mensal ao gestor, assim como o fornecimento regular a UBS das fichas de referência.

Para o acompanhamento mensal das dezesseis semanas de intervenção, será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso de especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, pela Universidade Aberta do SUS – UNASUS.

Para organizar o registro específico do programa a enfermeira revisará o livro de registro, prontuários e mapas de produção identificando todos os usuários que vieram ao serviço para a consulta nos últimos 3 meses que são hipertensos ou procuraram a unidade com sinais e sintomas indicativos de hipertensão. A profissional localizará os prontuários destas e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha-espelho. Ao mesmo tempo, realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e uso de medicação.

Para o monitoramento das ações programáticas, semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos exames realizados. Os usuários com consultas em atraso serão notificados aos ACS. Por meio de visita domiciliar, realizar-se-á busca ativa dos faltosos e reagendamento de consultas. Pela ficha A será possível identificar os usuários de cada micro área e buscar os dados nas fichas-espelho, prontuários clínicos ou pelos dados dos ACS, inclusive.

Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica, sendo avaliadas periodicamente. E, ao final de cada mês, serão avaliados os indicadores. Assim sendo, pretende-se reservar um momento mensal, sendo agendada uma reunião após 4 semanas de intervenção para emitir *feedback* à equipe quanto ao processo do monitoramento da intervenção, sendo oportuna a discussão de novas estratégias de qualificação do serviço.

A análise situacional e a definição do foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da ESF. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico do Ministério da Saúde para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos. Assim, será disponibilizado na Unidade uma via impressa dos manuais técnicos. Esta capacitação ocorrerá na própria ESF. Para isto, serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Far-se-á contato com a gestão para a exposição do projeto e a sua contribuição com aquisição de equipamentos para avaliação da sensibilidade dos pés, aferição de pressão arterial e impressão de fichas complementares. Entrarei em contato também com os profissionais da contra-referência para solicitar o apoio e o

retorno dos usuários que são encaminhados (ficha de contra-referência preenchida pelo profissional constando a conduta aderida e indicada ao usuário).

Será estabelecido um dia por semana para agendar estes usuários para as consultas com a enfermeira e com o Médico. Sendo assim através do contato nos grupos e na consulta individual convidaremos estes usuários a frequentar mais a UBS, por meio de palestras, orientações e atividades física grupal sob orientação e coordenação da enfermeira com o auxílio de um ACS. Os ACS serão orientados a convidar os usuários para comparecer à Unidade e divulgar o trabalho que esta sendo realizado na ESF. Ficarão responsáveis pela intervenção durante a assistência a médica e a enfermeira, sendo que todas as palestras e atividades toda a equipe participará.

2.6 Cronograma

ATIVIDADES	SEMANAS															
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos Profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de assistência aos Hipertensos e diabéticos	X															
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	X															
Cadastramento de todos os Hipertensos e diabéticos da área adstrita no programa	X	X	X													
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática da assistência aos Hipertensos e diabéticos, solicitando apoio para a captação dos Hipertensos e diabéticos e para as demais estratégias que serão implementadas	X					X				X				X		
Atendimento clínico dos Hipertensos e diabéticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupo dos Hipertensos e diabéticos	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos Hipertensos e diabéticos faltosos	X															
Busca ativa dos Hipertensos e diabéticos faltosos às consultas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da intervenção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Consulta às Fichas de acompanhamento de hipertensos e diabéticos já existentes na ESF	X	X	X					X				X				X
Consulta ao livro de marcações de diabéticos e hipertensos para identificação de faltosos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Organizar agenda para busca-ativa de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas		X		X		X		X		X		X		X		X
Organizar arquivo para guardar prontuários e fichas-espelho, em ordem alfabética	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Agendar visitas domiciliares		X		X		X		X		X		X		X		X
Avaliação do acompanhamento da intervenção junto à Equipe				X				X				X				X

3. Relatório da Intervenção

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

Foi possível concluir as 16 semanas de intervenção na ESF. Apesar de a intervenção ter sido iniciada com atraso em relação aos demais integrantes da turma 4, devido a situações de conflitos e greves existentes neste período no município, conseguimos executá-la. Todas as atividades foram realizadas, embora perceba que as atividades não tenham abrangido a todos usuários hipertensos e diabéticos residentes na região. Assim, mesmo com uma amostra menor do que a esperada, a intervenção apresentou mudanças e melhoras na assistência direcionada a esse grupo.

As atividades programadas e realizadas são a seguir elencadas e descritas:

a) A capacitação dos profissionais de saúde da ESF sobre o protocolo de assistência aos hipertensos e diabéticos. Assim, não houve dificuldades já que foi mais uma revisão, pois os profissionais já conheciam o protocolo. Esta capacitação introduziu também todo o andamento da intervenção, o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, o agendamento das visitas domiciliares; a capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos Hipertensos e diabéticos faltosos; e a organização da agenda para busca-ativa de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas; estas atividades inicialmente estavam sendo feitas apenas em reuniões específicas realizadas semanalmente, mas com o passar da implementação da intervenção as orientações foram se tornando rotinas no dia a dia da unidade, em momentos diversos, na ausência prolongada de usuários proativos, na revisão das fichas espelho, os usuários visitados pelos ACS que apresentavam alteração da PA ou uso irregular da medicação e em demais situações que promoviam a capacitação e a melhora da qualidade da assistência prestada na UBS.

b) O cadastramento de todos os Hipertensos e diabéticos da área adstrita no programa; o monitoramento da intervenção, a consulta às Fichas de

acompanhamento de hipertensos e diabéticos já existentes na ESF; e a consulta ao livro de marcações de diabéticos e hipertensos para identificação de faltosos; todas estas atividades foram facilitadas com a utilização da planilha de dados, as fichas espelho e a sistematização do atendimento destes usuários na ESF.

c) A organização do arquivo para guardar prontuários e fichas-espelho, em ordem alfabética e enquanto atividade administrativa foi melhorar organização não só das fichas, mas também dos prontuários, dos cadernos e das fichas B HIPERDIA.

d) O contato com lideranças comunitárias para conversar sobre a importância da ação programática da assistência aos Hipertensos e diabéticos, solicitando apoio para a captação dos Hipertensos e diabéticos e para as demais estratégias que foram implementadas. Esta atividade foi realizada quando procuramos e solicitamos ajuda da gestão e de outros profissionais especialistas para melhorar a assistência oferecida a estes usuários.

3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.

Infelizmente, tivemos algumas práticas realizadas parcialmente, que conseqüentemente influenciam na assistência adequada e integral a estes usuários. Devido a problemas de gestão da saúde do município de Planaltina de Goiás, não está sendo oferecido o acesso e a realização a exames laboratoriais fundamentais para a realização do acompanhamento e estratificação de risco cardiovascular e acompanhamento dos usuários portadores de hipertensão e diabetes, e não possuímos ainda a atenção secundária especializada em cardiologia para o atendimento e acompanhamento dos usuários. Estes eventos limitaram a implantação da intervenção na Unidade Básica de Saúde no sentido da plenitude e da qualidade da estratificação de risco cardiovascular.

O período de intervenção coexistiu com movimentos grevistas dos servidores do município e movimentos revoltosos da população contra o sistema de transportes o que corroborou para a dificuldade de manter a continuidade das praticas, tais como o grupo de usuários que reuníamos todas as terças, pois após

estes movimentos poucas pessoas compareciam e iniciava novamente o trabalho de implantação e adesão deles ao grupo.

Por deficiência de gestão na saúde enfrentamos a falta de medicamentos, o que contribuiu para a diminuição dos usuários que procuravam a Unidade Básica de Saúde, tendo que utilizar de estratégias para trazer os usuários novamente para a Unidade, atrativos, convites e busca ativa, sendo assim, era notória em alguns usuários o descontentamento com a situação.

A formação do grupo dos hipertensos e diabéticos foi e é um grande desafio ainda. A participação da comunidade ainda é pequena. Os dias chuvosos, as greves frequentes também contribuíram para a descontinuidade do grupo.

O atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos foi realizado diariamente. Nesta circunstância, enfrentamos muitas dificuldades com a falta de recursos humanos e materiais, ausência de referências e situações políticas conturbadas já destacadas no texto deste trabalho.

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

Durante a intervenção a coleta de dados foi uma atividade realizada diariamente e acredito que a mais afetada com os problemas de gestão no qual estamos vivenciando no momento, a falta de médicos especialistas, a falta de continuidade no tratamento, a falta de medicações, a falta de exames laboratoriais e exames cardiológicos; a baixa renda e escolaridade da comunidade impedindo-as de procurar por serviços particulares e dificultando a aderência adequada à terapia.

As fichas espelhos foram preenchidas regularmente após as consultas, sendo que após consultas as fichas eram preenchidas, sendo feitas ainda orientações complementares para os usuários. Foi realizada esta estratégia para melhorar o fluxo da Unidade e proporcionar aos usuários menos espera e melhor assistência. A partir das fichas espelhos a enfermeira preencheu as planilhas de coletas de dados a cada semana, quando possível isto era feito na ESF, mas

geralmente este trabalho era realizado em domicilio. Todas as fichas espelho foram organizadas em ordem alfabética e armazenadas em pasta identificada na ESF.

Esta intervenção trouxe a necessidade de organizar demais grupos e também oficinas para interagir mais a comunidade e torná-la mais presente na ESF. As práticas implantadas neste grupo de usuários com a intervenção revelaram dificuldades e desafios que ainda precisamos superar para proporcionar uma assistência integral a este grupo de usuários.

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

A intervenção continuará sendo implementada na ESF, já sendo notória a melhora da assistência destes usuários na Unidade. A situação política do município no momento interfere diretamente nos recursos que viabilizam a assistência a estes usuários. Por isto, espero que, ao menos, melhorando e facilitando a assistência aos hipertensos e diabéticos na atenção básica, seja uma interface que irá contribuir para a melhora na qualidade de vida desta comunidade.

4. Avaliação da Intervenção

A avaliação da intervenção emerge enquanto possibilidade de formação na Unidade 4 do Curso e contribui para desenvolver análises envolvendo aspectos pertinentes da Atenção Primária à Saúde e os enfrentamentos oportunizados durante a execução das atividades.

4.1 Resultados

A intervenção foi efetivada na ação programática que envolve a assistência aos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) na área adstrita na ESF12 Brasilinha 17 no município de Planaltina de Goiás, Brasil. Tendo uma população cadastrada inicialmente de 51 e estimada de 109 portadores de DM, e 216 cadastradas inicialmente e estimada 440 portadores de HAS na área. Portanto, a cobertura estimada dos usuários portadores de HAS esteve em 35%, para os usuários portadores de HAS e de 29% para os usuários diabéticos. As informações serão apresentadas seguindo a perspectiva dos indicadores de saúde propostos no projeto de intervenção.

Nas dezesseis semanas de intervenção participaram todos os usuários portadores de HAS e DM que eram atendidos pela equipe da UBS 12. No primeiro mês de intervenção obtivemos uma cobertura de 16,7% (36) na atenção aos portadores de HAS. No 2º mês, 22,7% (49), no 3º mês, 28,7% (62) e, no 4º mês 41,2% (89). Na atenção aos diabéticos, no primeiro mês, obtivemos 31,4% (16). Já, no segundo mês, 33,3% (17), no 3º mês, 45,1% (23) e, no 4º mês, 66,7% (34). Ao longo dos quatro meses de intervenção o indicador de cobertura do programa de atenção a saúde do hipertenso e diabético na ESF12 obteve crescimento contínuo, chegando ao último mês de intervenção com 41,2% (89 usuários acompanhados) de cobertura aos portadores de HAS e de 66,7% (34 usuários acompanhados) de cobertura aos portadores de DM. Vejamos nas Figuras 2 e 3.

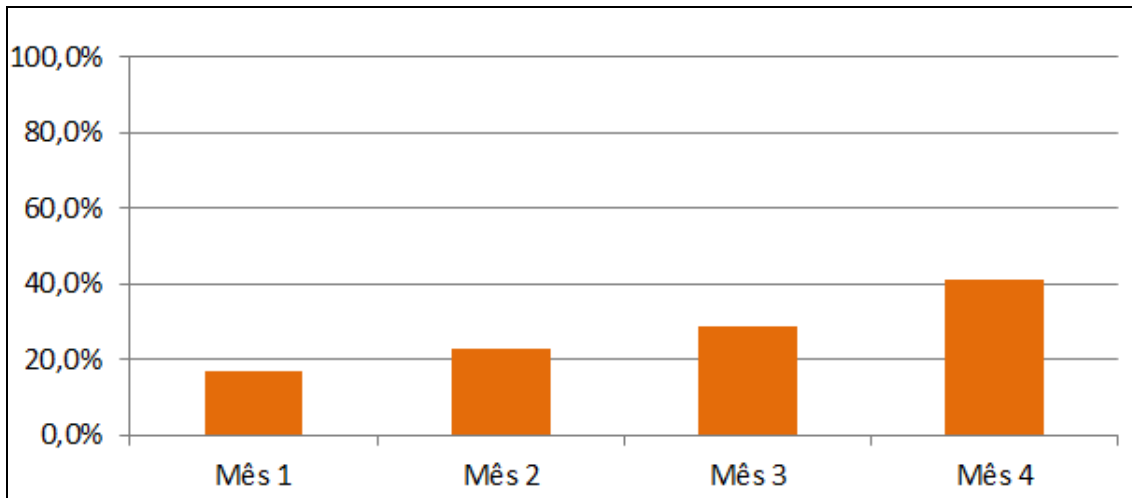


Figura 2 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde 12 Brasilinha 17.

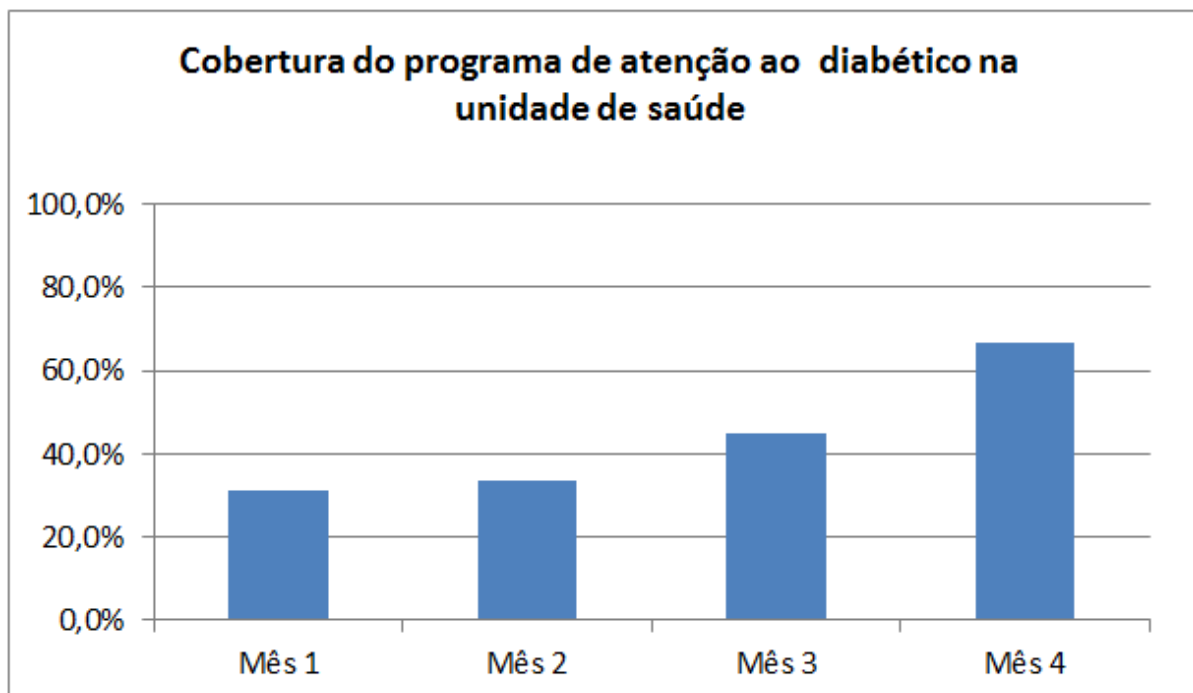


Figura 3 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde 12 Brasilinha 17.

Ao contemplar o objetivo de melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa, tendo como meta buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, junto aos indicadores: proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas com busca

ativa, utilizou-se como estratégia a visita domiciliar para buscar esses usuários faltosos. Inicialmente, foi dada preferência aos usuários idosos com mobilidade reduzida e aos que apresentavam maior resistência ao tratamento e ao acompanhamento. Obtivemos indicador para HAS de 100% no 1º (12), 2º (3) e 4º (2) mês de intervenção. No entanto, no 3º mês de intervenção não foi realizada nenhuma busca ativa. O indicador para DM obteve 100% (03) apenas no 1º mês de intervenção. Considero que este indicador foi fortemente influenciado pelas circunstâncias de cunho sindical e políticos vivenciados no período. Ao analisar esse indicador, percebe-se que houve subnotificação dele, já que várias vezes, em apenas visitas domiciliares realizadas por ACS, quando era por eles observada a necessidade de acompanhamento. Assim, o usuário foi orientado a procurar a ESF12. Conforme é ilustrado nas figuras 4 e 5 a seguir.

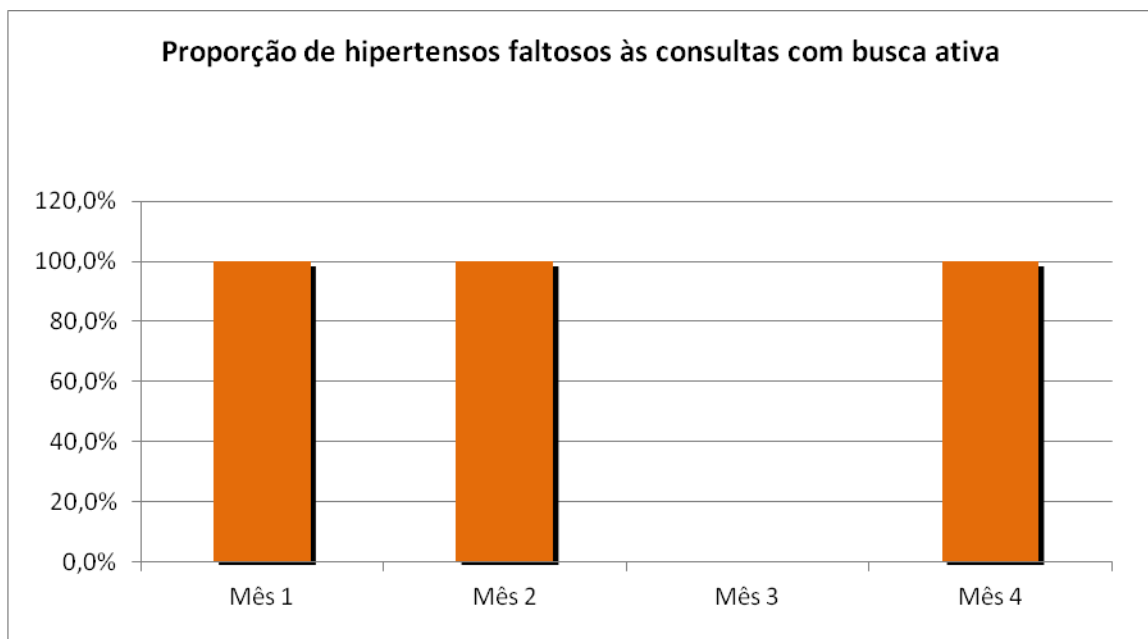


Figura 4 - Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

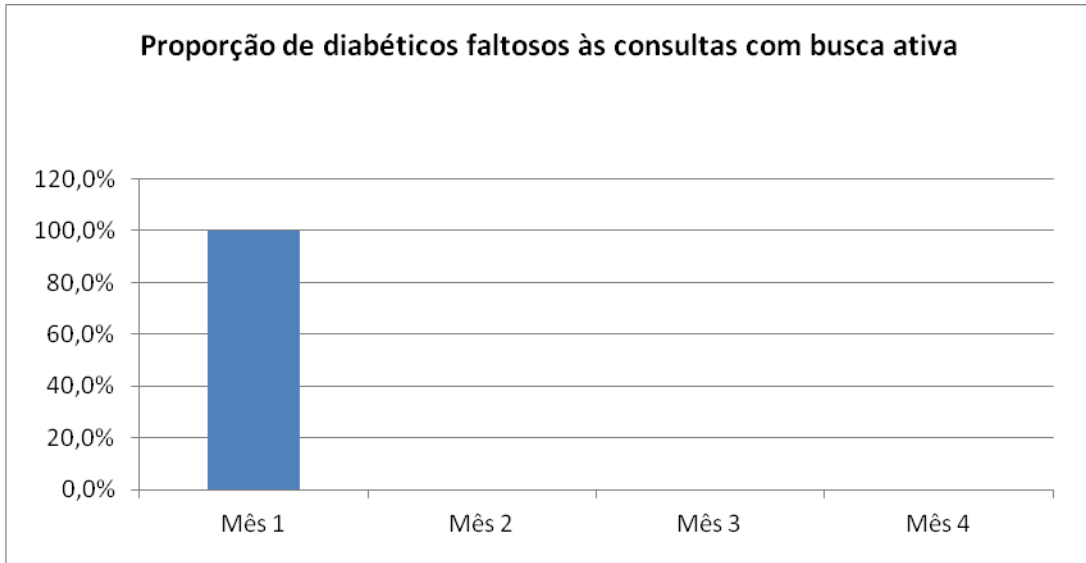


Figura 5 - Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

No objetivo de melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, na meta de realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos, tendo como indicador a proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, no acompanhamento dos hipertensos foi obtido no primeiro mês de intervenção um indicador de 47,2% (17) dos hipertensos com os exames clínicos em dia. No 2º mês, 85,7% (42). O indicador manteve-se crescente até o 3º mês alcançando a meta de 100% (62). No entanto, no quarto mês apresentou uma queda de 1,1% que corresponde a apenas um usuário que havia mudado para a nossa área recentemente e não estava tendo acompanhamento. Assim, no 4º mês, 98,9% (88), conforme indica a Figura 6.

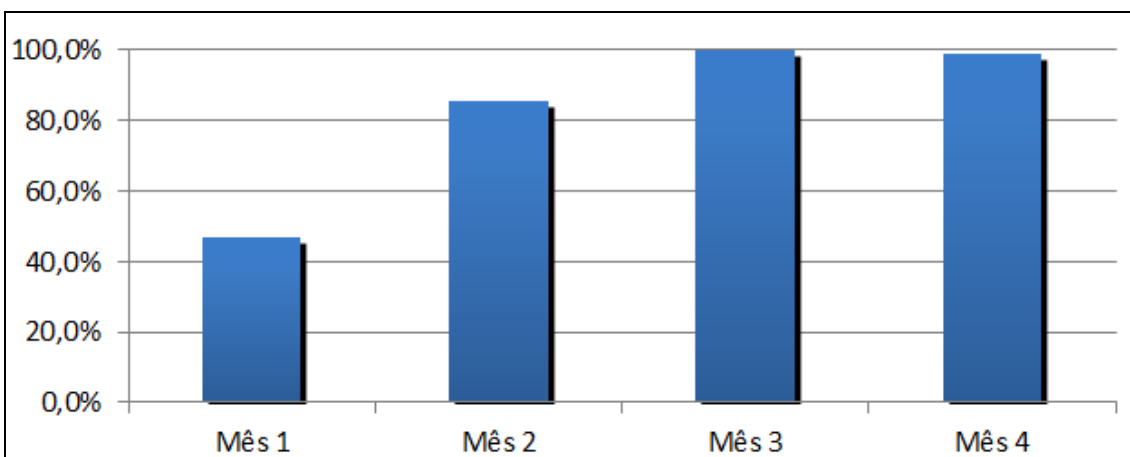


Figura 6 – Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

No acompanhamento dos diabéticos, o indicador manteve-se crescente de 43,8% (07) no 1º mês de intervenção, 94,1% (16) no mês 2 95,7% (22), no 3º mês, até alcançar a meta de 100% (34) no 4º de intervenção, conforme indica a Figura 7.

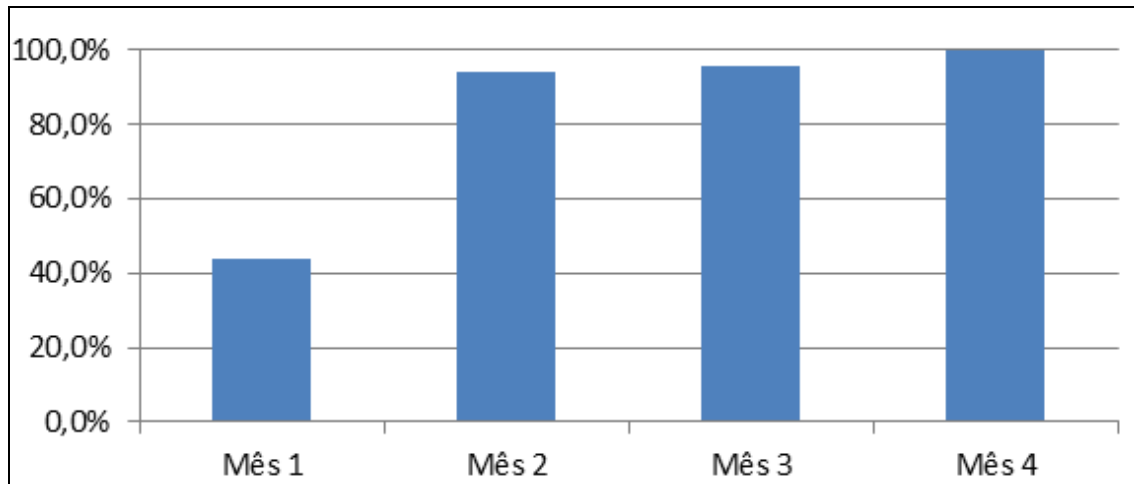


Figura 7 – Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Esse indicador contribuiu para melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários na ESF12. No entanto, foram enfrentadas dificuldades quanto aos recursos humanos e materiais. Assim, houve dias nos quais havia apenas um esfigmomanômetro na unidade, ausência recorrente do técnico de enfermagem e a médica atendia somente três vezes por semana. Esses fatores influenciavam no processo de trabalho, mas não impediu que a meta fosse alcançada.

No objetivo de melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, a meta visou garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo em quatro meses, 100% em 12 meses, na meta que também visou garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, tendo como indicador a proporção de hipertensos e diabéticos com exames complementares conforme o protocolo. Ao analisar esse indicador, é notória a curva decrescente formada ao longo dos 4 meses de intervenção, como indicam as figuras 8 e 9. Na atenção ao hipertenso, no 1º mês, foram registrados 38,9% (14 usuários) destes com exames complementares em dia,

8,2% (4) no 2º mês, 8,1% (5) no mês 3 e, decrescendo até o 4º mês para 5,6% (05). Sendo nossa meta inicial de 60%.

Na atenção ao diabético obteve declínio durante a intervenção. No 1º mês com 43,8% (07), no 2º mês 11,8% (2), no 3º mês 13% (3), chegando a 8,8% (3) no 4º mês de intervenção.

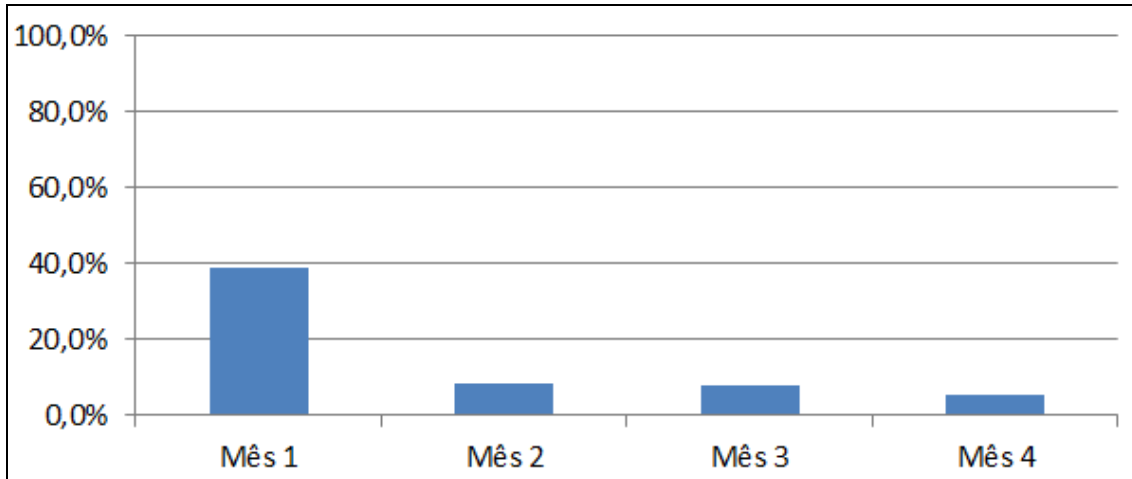


Figura 8 – Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

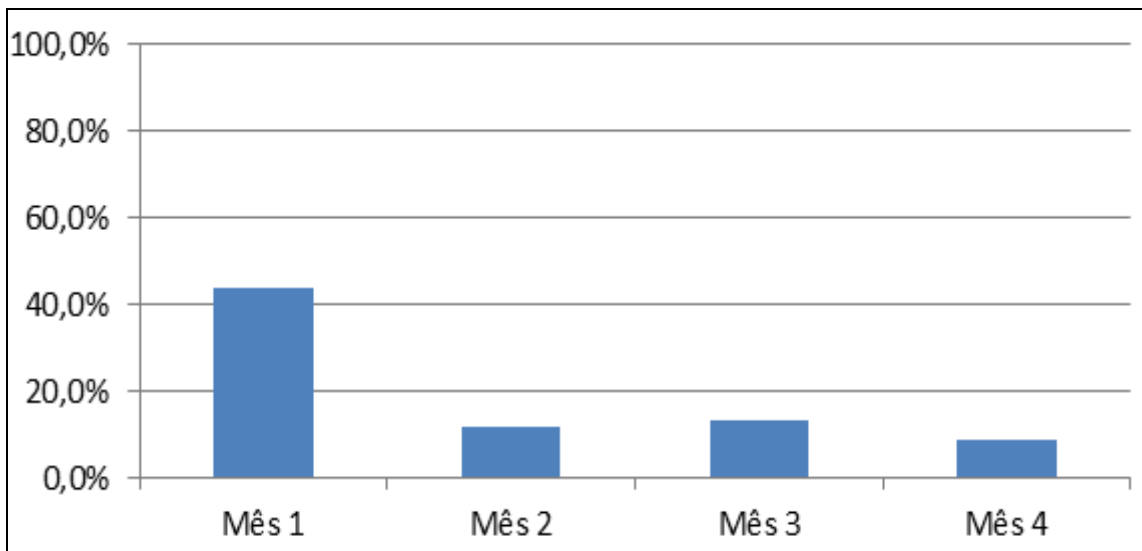


Figura 9 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Esse indicador foi um dos mais prejudicados por conta da greve no município, conforme manchetes destacadas pelo telejornalismo local e regional¹. Nesse período de declínio, visualizado nos gráficos acima, acarretado pelo momento vivenciado pelos profissionais e usuários do SUS, sendo que a paralização por tempo indeterminado da realização de exames laboratoriais foi um fator que influenciou diretamente essa situação. Uma vez que se trata de uma comunidade que apresenta baixo nível econômico e que depende do Sistema Único de Saúde em sua maioria.

No objetivo de melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, a meta de monitorar a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, tendo como parâmetro a proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da farmácia popular, foi possível alcançar a meta de 100% em todos os meses de intervenção porque foram tomadas medidas tais como o registro correto nos prontuários e fichas espelho, a reorganização da agenda e a priorização deste grupo ao atendimento. No entanto, os usuários não enfrentaram dificuldades com a prescrição, mas tiveram com o fornecimento da medicação, pois mesmo sendo medicações listadas no HIPERDIA, estas frequentemente não eram disponibilizadas na ESF por falta de abastecimento ou abastecimento parcial das medicações necessárias. Isto sobrecarregava as farmácias populares existentes no município contribuindo, assim, para dificultar acesso dos usuários a medicação de uso contínuo.

No objetivo de melhorar o registro das informações, na meta de manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, adotando como padrão a proporção de hipertensos e diabéticos com registros adequados na ficha de acompanhamento, foi possível alcançar 100% em todos os meses de intervenção, que é um reflexo da capacitação e conscientização dos profissionais da equipe à importância do registro adequado de todas as informações advindas dos usuários seja em consulta, visita ou observações pertinentes.

¹ Este é o endereço eletrônico midiático destacando o momento vivenciado pelo município:
<http://videos.r7.com/prefeitura-corta-gratificacoes-de-funcionarios/idmedia/52952c970cf2832d99710352.html>

Com o intuito de mapear hipertensos e diabéticos para risco de doenças cardiovascular, de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, tomando como referência a proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação do risco cardiovascular, durante a intervenção, a meta alcançada foi de 100% em ambos apenas no 4º mês de intervenção, conforme apresentado nas figuras 10 e 11. Nos diabéticos, obtivemos 0,0% no primeiro mês, 17,6% (3) no segundo mês, 13% (3) no terceiro mês e 100% (34) no quarto mês. Nos hipertensos, obtivemos 0,0% no primeiro mês, 8,2% (4) no segundo mês, 9,7% (6) no terceiro mês e 100% (89) no quarto mês.

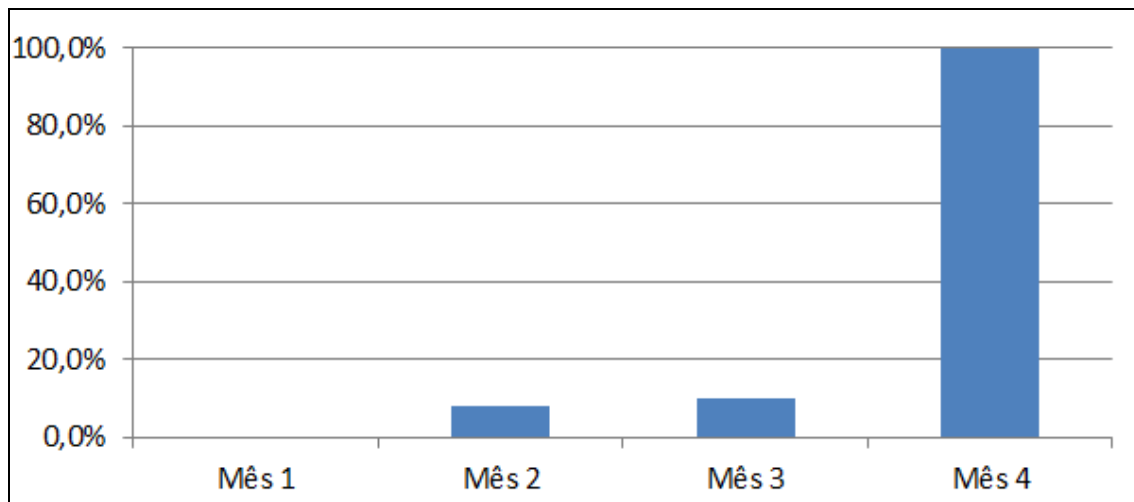


Figura 10 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

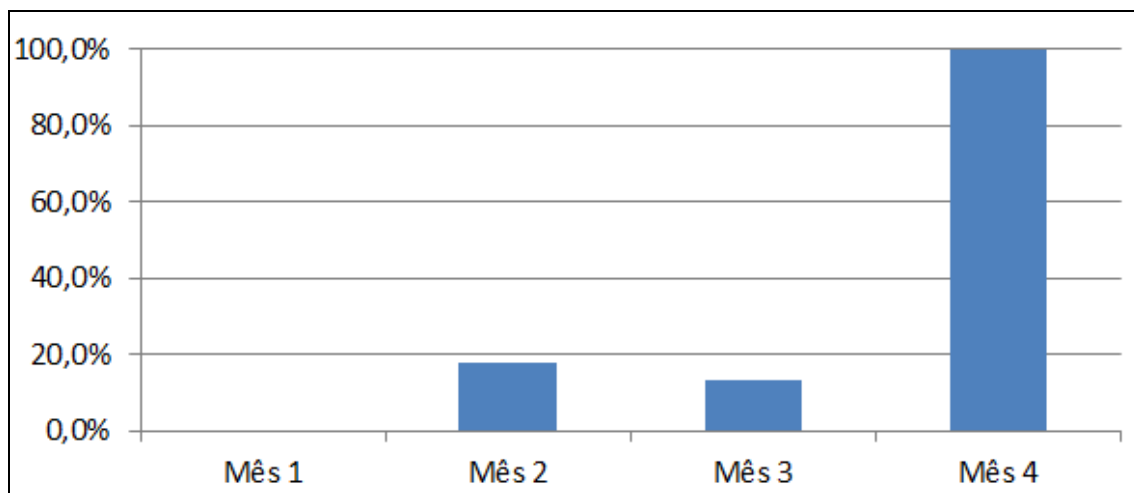


Figura 11 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Essa medida foi uma das que tivemos maior dificuldade para obter. Também, o mais influenciado diretamente pela circunstância vivenciada no momento da intervenção. Para obtê-lo, foi utilizado o exame clínico e físico, não foram utilizados exames laboratoriais (LDL, HDL, creatinina, entre outros) e exames de imagem (ECG e outros) porque não havia oferta desses procedimentos, limitando o acesso de tais serviços à maioria dos usuários do SUS na região, conseqüentemente, apenas os poucos usuários que possuem condições financeiras compatíveis para utilizar o serviço na rede particular fazem-no. Ressalta-se ainda a ausência de referência para a cardiologia neste momento e o número escasso de vagas para consulta com o endocrinologista no município.

No objetivo de promoção da saúde, na meta de encaminhar e monitorar 100% dos usuários hipertensos e diabéticos na avaliação odontológica, usando como critério a proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação odontológica, foi alcançado do primeiro até o quarto mês de intervenção, correspondendo à meta de 100% para a atividade programada. Apesar de alcançar 100% dos usuários atendidos, estes relataram dificuldades na assistência odontológica, visto o escasso número de procedimentos por dia, falta de recursos materiais e principalmente ineficácia na assistência secundária, esse tipo de atenção que mais poderia solucionar os problemas dos usuários que na maioria já não possuem nenhuma dentição e necessitam de prótese. No entanto, foram devidamente atendidos pela odontologia da ESF12 e orientados sobre práticas de higiene bucal.

No objetivo de promoção da saúde, na meta de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos, considerando como base a proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, conseguimos alcançar a meta nos quatro meses de intervenção, visto que aquela é uma atividade que depende mais do profissional do que dos recursos disponíveis. Infelizmente, poucos conseguiram atendimento com a nutricionista para seguir uma terapia específica, uma vez que o grupo possui alta incidência de obesidade.

No objetivo de promoção da saúde, na meta de garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos e

diabéticos, tendo como indicador a proporção de hipertensos e diabéticos com orientação em relação à prática de atividade física regular, além de conseguir alcançar a meta de 100% em todos os meses de intervenção, foi possível implementar a atividade física coletiva realizando caminhada uma vez por semana com o acompanhamento de um ACS. Infelizmente, não é disponibilizado pelo município o programa de academia da saúde ou um profissional específico para essa atividade. Mas, é perceptível com a prática da caminhada coletiva, os usuários estão incorporando o hábito em sua rotina.

No objetivo de promoção da saúde, na meta garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, apontando como parâmetro a proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo, felizmente, foi possível alcançar a meta de 100% dos usuários acompanhados vista a importância de abordar esse assunto com grupo por conta das complicações e ao alto número de tabagistas e ex-tabagistas que fizeram uso do tabaco por tempo superior a 10 anos. Mesmo com os dados da ESFUBS12 e comum ao município, não foi implantado o programa de tabagismos.

4.2 Discussão

Na UBS, a intervenção significou para mim e a equipe um grande desafio que nos proporcionou enxergar em números e indicadores nos quais precisamos ainda melhorar e atuar com mais intensidade, e a auxiliar o grupo de hipertensos e diabéticos, estreitando o vínculo dos usuários com a equipe e focando a importância da prevenção das complicações e agravos presentes nestas DCNT.

A intervenção na nossa rotina de trabalho exigiu de todos os profissionais maior atenção com o grupo de usuários apesar das deficiências e falhas ocorridas nesse período na gestão da saúde municipal. Exigindo também a atualização das fichas B-DIA e B-HAS relacionadas ao monitoramento dessa população-alvo. Os ACS, a cada visita domiciliar a um hipertenso, triavam de forma simplificada. Se o usuário estivesse fazendo uso incorreto da medicação e com sintomas de agravamento (cefaleia intensa, dor precordial), ele era encaminhado para uma consulta na UBS. O técnico de enfermagem na triagem usual, ao constatar uma

pressão arterial indireta superior a 140x90 mmHg, classificava o paciente como prioridade no atendimento médico. Na assistência da enfermeira e da médica todas as orientações básicas de promoção à saúde e prevenção de agravos eram feitas nas consultas. Nisso, inúmeras vezes, usuários com picos hipertensivos eram medicados e mantidos em observação na UBS. Isso apresentou impacto considerável na rotina da UBS, pois foi notório o aumento no número de usuários com pico hipertensivo atendidos na UBS, ao invés de ir diretamente ao hospital municipal, maior procura por medicação e maior número de consultas de acompanhamento da terapia. Esse fato, em certa medida, repercutiu na ampliação do significado da UBS em sua resolutividade junto à comunidade.

Anteriormente à implantação da intervenção, as ações voltadas aos hipertensos e diabéticos eram concentradas no ambulatório médico. A intervenção, além de fazer com que esta assistência fosse prestada com maior qualidade, também a fez com acompanhamento multiprofissional, possibilitando, assim a viabilização de um maior número de usuários acompanhados pela UBS.

A melhoria do registro das informações dos usuários advinda da intervenção na UBS proporcionou a melhor utilização dos dados, realização dos agendamentos, e reorientação da busca ativa por estes usuários. Viabilizou, também, o conhecimento da história prévia do usuário de forma rápida e sucinta por qualquer profissional que o fosse atender.

A educação continuada realizada proporcionou a priorização da prevenção e detecção precoce de agravos nesta comunidade, visto que nossa possibilidade maior de sucesso é trabalhar com a educação e reeducação destes usuários já que não os são ofertados muitos recursos para acompanhamento terapêuticos.

O impacto da intervenção na UBS ainda é pouco notado pela comunidade, já que ainda sofrem pela falta de vários recursos. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento. No entanto, ainda permeia entre eles a cultura de apenas trocar a receita, de comparecer na unidade com receita vencida e há vários dias sem o uso da medicação. Apesar da cobertura do programa, ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura e sem acompanhamento adequado.

A intervenção teria sido facilitada se desde o início tivesse sido direcionada a todos os membros da equipe a conscientização da intervenção como sendo responsabilidade de todos e não apenas da enfermeira. Considero que o momento

vivenciado no município teve grande impacto na intervenção, influenciando negativamente vários membros da equipe. No entanto, ao final da intervenção é notório que a equipe está mais voltada à intervenção e à melhoria da assistência prestada à comunidade. Também, observa-se a parcial responsabilização de todos os profissionais. Se fosse realizar a intervenção neste momento, faria diferente a escolha do grupo para a intervenção, teria escolhido o pré-natal, pois é um grupo menor, é um grupo temporário e de mais fácil mudança comportamental por parte dos usuários. O grupo de usuários hipertensos e/ou diabéticos geralmente são com idades mais avançadas, com conceitos modulados pela criação e de difícil convencimento para mudança de comportamentos de risco. Isto também vem ao encontro da lei dos cuidados inversos (os que mais precisam, são os que menos vêm), em que a intervenção tentou ser um contraponto a esse processo.

Almejamos em alcançar 100% em todas as metas, buscando melhorar e oferecer a melhor assistência à saúde deste grupo. Mesmo tendo o conhecimento das dificuldades enfrentadas pela gestão municipal neste momento, que influenciaram principalmente os indicadores de pacientes com realização dos exames complementares em dia, no entanto havia a possível chance de que o serviço normalizasse o atendimento a comunidade.

A intervenção será mantida na rotina do serviço. Para tal, será mantido o ritmo desses 4 meses anteriores e será promovida a ampliação das ações de educação juntamente com a comunidade e procurar articular com a gestão da atenção básica o auxílio de profissionais especialistas. Intensificar as buscas ativas e melhorar seus registros, pois foi um indicador que foi prejudicado por não ter um registro claro e objetivo.

Nos meses consequentes o objetivo é continuar a rotina priorizando os hipertensos e diabéticos, as ações de educação e prevenção de agravos, intensificar a busca ativa de faltosos e usuários em uso incorreto da medicação. O projeto será estendido para melhorar a cobertura e a qualidade da assistência aos programas do pré-natal e do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

4.3 Relatório da intervenção para os Gestores

Senhor Gestor

Foi realizada em 16 semanas a intervenção na UBS 12 Brasilinha 17, abordando atividades realizadas todos os usuários hipertensos e diabéticos residentes na região. Assim, obtemos dados quantitativos e qualitativos da assistência direcionada a esse grupo portador de HAS e /ou DM.

Realizamos a capacitação dos Profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de assistência aos Hipertensos e diabéticos; estabelecemos o papel de cada profissional na ação programática; o agendamento das visitas domiciliares; a capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos Hipertensos e diabéticos faltosos; e a organização da agenda, estas mudanças contribuíram para uma capacitação continua da equipe e a melhora da qualidade da assistência prestada na UBS.

O cadastramento de todos os Hipertensos e diabéticos da área adstrita no programa; a consulta às Fichas de acompanhamento de hipertensos e diabéticos já existentes na ESF; e a consulta ao livro de marcações de diabéticos e hipertensos para identificação de faltosos; todas estas atividades realizadas na UBS, promoveram um acompanhado mais efetivo e eficaz da terapia destes usuários, influenciando diretamente no fluxo de usuários que neste momento a partir da intervenção diminui a busca pelo Pronto Socorro do Hospital municipal acarretando em superlotação do mesmo e desgaste e sobrecarga de trabalho para a equipe que atende este usuário. Sendo assim é notório ser mais prático e eficaz a prevenção das complicações da HAS e do DM ser implantada na UBS do que deixar para tratar todas as urgências que advém destas complicações em apenas um Pronto Socorro com pouca estrutura e déficit de recursos humanos.

Infelizmente, alguns acontecimentos consequentemente influenciam na assistência adequada e integral a estes usuários. Por exemplo, não está sendo oferecido o acesso e a realização a exames laboratoriais fundamentais para a realização do acompanhamento e estratificação de risco cardiovascular e acompanhamento dos usuários portadores de hipertensão e diabetes, a falta constante de medicação nas UBS, e não possuímos ainda a atenção secundária especializada em cardiologia para o atendimento e acompanhamento dos usuários.

Estes eventos limitaram a eficácia, a efetividade, e a integralidade do acompanhamento destes usuários e reflete na satisfação da população com a administração-gestão.

A formação e a permanência do grupo dos Hipertensos e diabéticos foi uma grande conquista, pois insere consigo a promoção à saúde e prevenção de complicações. Mas, precisamos do apoio da gestão para melhorar esta ação, com profissionais especializados, como um educador físico ou um fisioterapeuta, quem sabe talvez até não ser um ótimo momento para implantar no município o programa Academia da Saúde e o NASF.

Em momento apresento dados quantitativos que demonstram a relevância da intervenção na atenção aos usuários portadores de HAS e DM. A cobertura da intervenção de 16,7% (36) na atenção aos portadores de HAS no primeiro mês para 41,2% (89) no quarto mês. Na atenção aos diabéticos, no primeiro mês, obtivemos 31,4% (16) chegando a alcançar 66,7% (34) no quarto mês. [Apresento, assim, os gráficos à gestão que estão no item 4.1 do volume do TCC]. Vamos conversar melhor sobre isto?

A intervenção continuará a ser implementada na UBS, já sendo notória a melhora da assistência prestada a estes usuários. Por isto, espero contar com o apoio da Gestão para melhorar e facilitar a assistência aos hipertensos e diabéticos na atenção básica objetivando o fortalecimento da atenção básica em nosso município.

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

Apresento a vocês uma breve história de como nós aqui da UBS estamos trabalhando para melhorar o atendimento de vocês.

Em 16 semanas da intervenção na UBS 12 Brasilinha 17, abordando atividades realizadas a todos os usuários hipertensos e diabéticos residentes na região, pudemos desenvolver um trabalho que vem ao encontro das expectativas de atendimento do Ministério da Saúde. Sempre buscando a melhora da qualidade do atendimento de vocês. Destaco que realizamos a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre a assistência aos hipertensos e diabéticos; estabelecemos o papel de cada profissional na ação programática; o agendamento das visitas domiciliares; a capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos Hipertensos e diabéticos faltosos; e a organização da agenda, estas mudanças contribuíram para uma capacitação contínua da equipe e a melhora da qualidade da assistência prestada na UBS. Foi feito o cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área adstrita no programa; a consulta às Fichas de acompanhamento de hipertensos e diabéticos já existentes na ESF; e a consulta ao livro de marcações de diabéticos e hipertensos para identificação de faltosos; todas estas atividades realizadas na UBS promoveram um acompanhamento mais efetivo e eficaz da terapia destes usuários, influenciando diretamente no fluxo de usuários que neste momento a partir da intervenção diminui a busca pelo Pronto Socorro do Hospital municipal acarretando em superlotação do mesmo e desgaste e sobrecarga de trabalho para a equipe que atende este usuário. Sendo assim é notório ser mais prático e eficaz a prevenção das complicações da HAS e do DM ser implantada na UBS do que deixar para tratar todas as urgências que advém destas complicações em apenas um Pronto Socorro com pouca estrutura e déficit de recursos humanos.

A partir de uma proposta solicitei ajuda dos colegas para começar a fazer melhoras aqui na UBS quando a equipe presta atendimento a vocês. Mudamos da forma como recebemos vocês aqui até na visita que vocês recebem da nossa equipe nas suas casas. Ficou combinado que vocês seriam atendidos, que toda vez que a pressão tiver alta e vocês não estiverem tomando o remédio todos os dias nos horários certos seriam chamados para vir fazer uma consulta aqui na UBS. Vocês

perceberam que as consultas de vocês estavam sendo mais frequentes, que não demorava muito para serem atendidos?

Todos os problemas que estamos passando aqui na cidade por conta da administração vocês conhecem? E também sentem na pele tudo isso, como por exemplo, a falta dos remédios, a falta dos exames que antes eram feitos e agora não está mais fazendo nenhum e a falta do cardiologista. Tudo o que for possível ser feito nos iremos fazer para ajudar vocês a terem uma vida melhor

Vocês talvez não tenham percebido, mas todas as vezes que vocês vêm aqui no postinho eu anoto tudo o que vocês falam e tudo o que nos fazemos para vocês, isso ajuda a ter todos os dados de vocês anotados, a melhorar no atendimento e a conhecer vocês cada vez mais.

Vocês perceberam diferenças nestes últimos 4 meses no atendimento de vocês aqui no postinho? Qual foi a mudança que vocês mais gostaram? O que vocês gostariam que melhorasse que está ao alcance da equipe aqui do postinho?

E as caminhadas realizadas com o grupo e a roda de conversa foram atividades iniciadas para melhorar a vida de vocês e pretendemos continuar com estas atividades. Posso contar com vocês? Vocês tem alguma atividade para sugerir para fazermos todos juntos?

Ao final do quarto mês chegamos a obter um aumento de 50% na cobertura na atenção aos usuários com diabetes e hipertensão, iniciamos a intervenção com 31,4% de cobertura e chegamos a 66,7% no quarto mês. Tudo isso faz melhorar a qualidade de vida de vocês e é por isso que precisamos dar continuidade a este trabalho.

5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Desde o início do curso de pós-graduação em Saúde da Família proporcionado pela Universidade Federal de Pelotas já despertou em mim uma imensa expectativa e vislumbamento do conhecimento que viria a ser adquirido no decorrer do curso e das circunstâncias vivenciadas na rotina da atenção básica. Inicialmente, observei a notória diferença deste curso de pós-graduação devido sua diferenciação dos demais devido ao maior número de conteúdo abordado, materiais complementares e o excelente acompanhamento e direcionamentos de nossos orientadores. Assim, confesso minha profunda gratidão pelo apoio em muitos momentos de desânimo e pensamentos de impossibilidades diante das circunstâncias. Sem este pilar fundamental hoje não estaria aqui redigindo esta reflexão crítica sobre o meu aprendizado e a um passo de concluir o trabalho de conclusão de curso.

Quanto comecei a implantar a intervenção na UBS pensei que estava fazendo algo impossível, pois a cada dia surgia um obstáculo que dificultava o nosso trabalho na UBS. Pensei inúmeras vezes desistir já que nada parecia dar certo e parecia não ter luz ao final desta jornada. Obstáculos tais como a resistência de usuários em seguirem a terapia; ausência de recursos estruturais; ausência de recursos materiais; problemas de relacionamento entre a equipe; déficit de suporte da gestão; problemas com a contra referência; e situações conflituosas na administração municipal. Foram situações que muitas vezes fizeram com o nosso trabalho sofresse uma descontinuidade e varias vezes ter que iniciar de novo. Em contra partida no curso foi ao longo deste período orientando-me a vencer e ou driblar estes obstáculos para prestar ao usuário uma assistência de qualidade mesmo que todos os fatores em volta dificultem. Aprendi que preciso mais que nunca trabalhar com a prevenção, já que não posso garantir a oferta a estes usuários exames ou especialistas. Que a cultura que esta inserida na comunidade é mais forte até mesmo do que as morbidades e complicações que acometem estes usuários. Que a comunicação funcional associada à reeducação de hábitos é o

instrumento mais eficaz capaz de minimizar os devastadores indicadores de incidência de HAS e DM e das complicações vinculadas a elas.

Neste momento, percebo que estou no início, pois trabalho para quem é portador de uma DCNT, especialmente hipertensão e *diabetes mellitus*, para prevenir complicações e ter qualidade de vida durante o curso da doença trabalho para prevenir estas DCNT nos demais membros da família e da comunidade. Também, percebo que trabalho para que estes recebam uma assistência na atenção básica de qualidade, ou seja, um círculo, considerando que nesta intervenção não teve início, meio ou fim. Tem ações planejadas direcionadas a grupos que necessitam de resultados com impactos individuais e coletivos na saúde de uma comunidade.

6. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006b. 58p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.36p.


BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Básica – controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Ministério da Saúde: Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 17 out. 2013.

BRASIL. Lei Orgânica 8.080 de 19 de Setembro de 1990, dispõe sobre a criação e organização do SUS. Brasília, 1990. Planaltina de Goiás. Disponível em: <<http://www.planaltina.go.gov.br/wpcontent/uploads/downloads/2013/02/hist%C3%B3ria-planaltina-go.jpg>> Acesso em: 15 set. 2011.

ANEXOS

Anexo "C" - Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

