

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Departamento de Medicina Social
Curso de Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 4



**Melhoria da atenção a diabéticos e hipertensos na Unidade Básica
de Saúde da Família Barros Cassal, em Barros Cassal - RS**

Marcelo Hancke

Pelotas, 2014

Marcelo Hancke

**Melhoria da atenção a diabéticos e hipertensos na Unidade Básica
de Saúde da Família Barros Cassal, em Barros Cassal- RS**

Trabalho acadêmico apresentado ao Curso
de Especialização em Saúde da Família
Como requisito parcial para a obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Daniela Alves Pereira Coutinho

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

H234m Hancke, Marcelo

Melhoria da atenção a diabéticos e hipertensos na
Unidade Básica de Saúde da Família Barros Cassal, em
Barros Cassal - RS / Marcelo Hancke ; Daniela Alves
Pereira Coutinho, orientadora. — Pelotas, 2014.

68 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.
Diabetes Mellitus. 4. Hipertensão arterial sistêmica. 5.
Doença crônica. I. Coutinho, Daniela Alves Pereira, orient.
II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

Dedicatória

Dedico primeiramente a Deus, que me iluminou e guiou, e aos meus pais e irmãos, que me apoiaram em mais esta jornada na minha vida. Aos meus amigos, familiares e aos profissionais que ajudaram a concretizar este trabalho de conclusão de curso.

Agradecimentos

A Deus

Que existe e está dentro de cada um de nós esperando uma boa oportunidade para se manifestar através de nossas boas ações.

A meus pais Carlos Alberto Hancke e Juracy Adalgisa de Souza Hancke e aos meus irmãos, Glaicon Hancke e Carlos Henrique Hancke.

Que, sempre foram companheiros inseparáveis nesta etapa de minha vida. Obrigado.

Às orientadoras

Kelli Destri / Daniela Alves Pereira Coutinho

Obrigado por ter Deus ter colocado vocês como minhas orientadoras.

À Equipe da UBSF Barros Cassal

Sem esta equipe eu não teria conseguido chegar a lugar algum, sempre trabalhamos unidos diariamente em busca de um melhor atendimento ao usuário do SUS inserido na comunidade de Barros Cassal.

À Comunidade de Barros Cassal

Obrigado aos usuários da UBSF Barros Cassal que compareceram e contribuíram para atingir a meta final, que muito nos orgulha em todos os sentidos.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor,
mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou
o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou
o que era antes”.

Marthin Luther King

Lista de Tabelas e Figuras

Tabela 1: Cronograma de ações previstas para a intervenção	40
Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	45
Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	45
Figura 3: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	46
Figura 4: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	46
Figura 5: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	47
Figura 6: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	48
Figura 7: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	49
Figura 8: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	49
Figura 9: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular	50
Figura 10: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular	50
Figura 11: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	51
Figura 12: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	52
Figura 13: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	53
Figura 14: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	53
Figura 15: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica	54
Figura 16: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica	54
Figura 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	55
Figura 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	56
Figura 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular	57
Figura 20: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular	57

Figura 21: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	58
Figura 22: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	58
Figura 24. Cobertura total do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	61
Figura 25. Cobertura total do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	61
Figura 23. Equipe de saúde.	70

Lista abreviatura/siglas

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

DCV – Doença Cardiovascular

DIC - Doença Isquêmica do Coração

DM – Diabetes Mellitus

ERF- Escore de Risco de Framingham

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FRC- Fatores de Risco Cardiovascular

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA - Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica

IMC – Índice de Massa Corporal

UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família

Sumário

1 Análise situacional	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	13
1.2 Relatório da análise situacional	15
1.3 Comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional	19
2 Análise estratégica	20
2.1 Justificativa	20
2.2.1 Objetivo geral	21
2.2.2 Objetivos específicos	21
2.2.3 Metas	22
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Detalhamento das ações	24
2.3.2 Indicadores	32
2.3.3 Logística	36
2.3.4 Cronograma	40
3 Relatório da intervenção	41
3.1 Ações planejadas e realizadas integral ou parcialmente	41
3.2 Atividades programadas e não realizadas	41
3.3 Análise dos dados e da utilização das planilhas	42
3.4 Análise da viabilidade de incorporação das ações à rotina da unidade	42
4 Avaliação da intervenção	44
4.1 Resultados	44
4.2 Discussão	59
4.3 Relatório da intervenção para gestores	60
4.4 Relatório da intervenção para comunidade	62
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	63
6 Bibliografia	65
Anexos	66

RESUMO

Hancke, Marcelo. Melhoria da atenção a diabéticos e hipertensos na Unidade de Saúde da Família Barros Cassal em Barros Cassal – RS.2014. 70 fls. Trabalho acadêmico - Curso de Especialização em Saúde da Família, Modalidade a Distância. Universidade Aberta do SUS/Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

As doenças crônicas não transmissíveis representam hoje desafios para a Saúde Pública, especialmente para a Atenção Primária à Saúde. A Unidade de Saúde da Família Barros Cassal, no município de Barros Cassal - RS atende uma população urbana estimada em 3531 pessoas, destes estima-se que 537 são hipertensos e 132 diabéticos, no entanto, superando as estimativas, há cadastrados na área de abrangência da unidade 586 hipertensos e 122 diabéticos. Apesar de realizar consultas a este público e realizar algumas ações pontuais, o cuidado a este grupo ainda não estava organizado como uma ação programática (com um protocolo definido, registros específicos e uma rotina de monitoramento/avaliação). Percebia-se também uma cultura na comunidade de buscar a unidade apenas com foco na doença, quando havia queixas, ou para renovação de receitas. Mudando radicalmente o modelo que era anteriormente praticado na comunidade, e tentando implementar a ideia de que a consulta não serve apenas para renovar a receita ou para situações de doença instalada, foi realizada a intervenção na UBSF - Barros Cassal, no período de final do mês de setembro a início do mês de dezembro de 2013. O objetivo geral foi melhorar a atenção a hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade, e os objetivos específicos foram melhorar a qualidade do acompanhamento em saúde, a adesão ao tratamento, realizar mapeamento de risco, qualificar os registros, avaliações odontológicas, estratificar o risco cardiovascular de cada usuário e promover saúde. Para isso, foram planejadas ações nos eixos de organização e gestão do serviço, avaliação e monitoramento, qualificação da prática clínica e engajamento público. A população da área de abrangência tem 586 hipertensos e 122 diabéticos, sendo que 193 hipertensos e 47 diabéticos foram acompanhados pela intervenção ao longo dos 3 meses de intervenção, representando 32,9% e 38,5%, respectivamente, superando a meta estipulada no planejamento da intervenção, que era de 20% para ambos. Os indicadores de qualidade também mostraram resultados com evolução positiva ao longo do período, especialmente os relacionados à realização de busca ativa aos faltosos, aquisição de medicamentos da farmácia popular e avaliação odontológica. O saldo da intervenção foi muito positivo para o serviço e para a comunidade, com grande probabilidade de continuidade das ações e de utilização da intervenção com hipertensos e diabéticos como modelo para outros grupos atendidos pela unidade.

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

Apresentação

O presente trabalho trata-se de um documento acadêmico que faz parte do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, da UNASUS/UFPel, apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

A primeira seção do trabalho se refere à análise situacional, na qual está apresentado um panorama da Unidade Básica de Saúde.

A segunda seção refere-se à análise estratégica, na qual é apresentado o projeto de intervenção.

A terceira seção apresenta o relatório da intervenção, contendo informações sobre as ações previstas e realizadas, bem como sua incorporação à rotina do serviço.

A avaliação da intervenção está na quarta seção, demonstrando os resultados e a discussão do projeto de intervenção. Também integra essa seção o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

Por fim, a quinta e última seção contém uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, incluindo o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre situação da ESF/APS

Sou médico do município de Barros Cassal - RS, região que tem acesso via BR/RS 153/471, fica a 40 km de Soledade, 120 km de Passo Fundo e a 256 km de Porto Alegre. O município possui hoje cerca de 12.000 habitantes distribuídos entre zona urbana e zona rural, sendo que a área urbana abrange aproximadamente 3531 habitantes. Conta com uma UBSF. A maior parte da renda vem da agricultura (soja e fumo). Ao tentar tirar um "retrato" da situação da UBSF do município, reconheço que não é uma tarefa muito fácil, pois envolve muita coisa que aprendi e gostaria de mudar, mas vou tentar focar nos principais problemas e desafios de saúde públicas encontrados aqui.

Como primeiro médico desta UBSF, acredito que a demanda está sendo muito grande, já que era reprimida até então pela falta de profissional médico. A finalidade da UBSF é de cobrir a região urbana do município.

A UBSF tem uma equipe que é constituída por: um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, secretária e auxiliar geral. Pelo espaço físico reduzido, a assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, dentista, fonoaudióloga, psicóloga e agentes de saúde, atuam em outros locais. A unidade está situada no centro da cidade, próxima à secretaria de saúde. A cobertura do interior do município fica a cargo de outra unidade, de modelo tradicional.

Estou há três meses e meio trabalhando nessa cidade e gostei da receptividade e acolhimento das pessoas. Dificuldades são inúmeras, dentre elas, falta de medicamentos e materiais. O hospital é da prefeitura, está fechado e aguardando reformas. Um pronto-atendimento funciona das 18h00min às 24h00min horas, no local onde fica o posto de saúde tradicional que atende os usuários do interior. A cidade de Soledade é nossa referência no atendimento hospitalar. O município também possui Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Na unidade, com relação à parte estrutural, a UBSF representa uma pequena área construída.

Dentro da equipe temos um bom relacionamento cooperativo e participativo. Todas as quintas-feiras pela manhã são realizadas visitas domiciliares (VD) em usuários terminais, deficientes físicos ou de alguma outra situação que não possam vir a UBSF. Estamos tentando, também, fazer um trabalho mais integrado com as

agentes de saúde para tentar mapear a região de abrangência de nossa UBSF e seus problemas. No público masculino, procuro focar e dar ênfase durante as consultas na prevenção, por exemplo, do carcinoma de próstata, na faixa etária correspondente. Sem dúvida, a maior demanda dos usuários está na hipertensão e diabetes mellitus, questões que procuro dar uma visão global com apoio de todos os profissionais, principalmente a nutrição.

Quanto à situação da pediatria no meu local de atendimento, ainda não existem condições ideais, por exemplo, falta balança pediátrica, cones para otoscópio infantil, mas mesmo assim realizo consultas pediátricas da demanda espontânea. Quanto aos adolescentes que consultam comigo, sempre que possível, procuro salientar dentro da consulta questões como a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST'S), planejamento familiar, quando do início das relações sexuais, dentre outras situações pertinentes. Como disse anteriormente, minha UBSF atende no centro, não raro sou o único médico atendendo e durante os atendimentos de rotinas chegam urgências e emergências, como por exemplo: suturas, crises hipertensivas / psiquiátricas, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Uma realidade que encontrei aqui também foi com relação ao tabagismo. Talvez, a proximidade do contato com a produção do fumo seja uma hipótese que explica a alta frequência de fumantes. Fiquei muito preocupado e deflagrei uma mini-campanha antitabagismo dentro do consultório, mas admito, não está sendo fácil vencer. Existe também a necessidade de ser dada uma atenção à prevenção seja ela primária secundária e/ou terciária, mas pelo pouco tempo no município e a grande demanda diária da UBSF, deverá ser um projeto futuro, dependendo do empenho de todos: população, profissionais e administração municipal.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Barros Cassal conta com uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), na qual atuo, chamada UBSF Barros Cassal. Não existe Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e atenção especializada. Estamos sem hospital no município e encaminhamos as emergências para outro município. Temos disponibilidade de realização exames complementares através de dois laboratórios conveniados. Atendo em média 40 consultas/dia, sem contar as situações de urgência/ emergência que são frequentes.

Minha UBSF atua na área urbana do município de Barros Cassal, a gestão é da própria secretaria de saúde, não existe vínculo com instituição de ensino, o modelo de atenção é misto, uma equipe composta por: médico, enfermeira, dois técnicos de enfermagem, secretária e auxiliar geral e no município o Conselho Local de Saúde (CLS) esta constituído.

A unidade em que atuo foi construída sem seguir os princípios da resolução da diretoria colegiada - RDC nº 50/ANVISA. Possui um consultório médico, sala de curativos, sala da enfermeira (coordenadora), sala de espera, uma sala de recepção, uma cozinha, sala de expurgo/lixo, banheiros feminino e masculino para os integrantes da unidade e outros dois para usuários, separados e um banheiro para deficientes físicos. Não possui banheiro dentro do consultório. As janelas são de alumínio.

Na minha UBSF o acesso aos idosos e aos portadores de deficiências melhorou porque fizeram uma rampa de acesso, sendo que a secretária da saúde já está providenciando melhorias também no entorno da mesma. Entretanto, ela é bem arejada e sempre limpa, e gosto de trabalhar nela porque apesar de não ser modelo de construção, a equipe mantém um bom ambiente de trabalho com a área construída atual. Nossa equipe planeja adaptações sempre que ocorre a necessidade, por exemplo, na campanha da vacinação, adaptamos a sala da enfermeira, como sala de vacinação.

A secretária de saúde é bem acessível às reivindicações. Ao buscarmos dialogar sobre as diferenças dos projetos da RDC nº 50 e da unidade, fomos informados de que o projeto atual foi mal feito, que outro projeto dentro das diretrizes já foi aprovado e será construída no bairro, uma nova UBSF.

Acredito que se a equipe da unidade estivesse plenamente capacitada, e se dispuséssemos de recursos estruturais e equipamentos compatíveis com as ações previstas para os profissionais de saúde da APS/ESF, o serviço poderia resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da comunidade adstrita. Em relação às atribuições das equipes de acordo com as previstas para os profissionais da UBSF os aspectos positivos são planejamento, visitas domiciliares, promoção da saúde, reunião de equipe, avaliação/monitoramento de ações.

As atribuições que a equipe não consegue atender são territorialização e a promoção do controle social devido à falta de ACS, que atualmente são em número de 04 ACS e como impacto destas limitações na atenção à saúde da população, destaco a falta de uma maior cobertura a hipertensos e diabéticos em nossa área de responsabilidade. Examinando alternativas para ampliar o cumprimento das atribuições, solicitamos ao gestor de saúde a contratação de novas ACS.

Em relação à população, é de aproximadamente 12.000 habitantes, somando-se área urbana e rural, sendo perfil demográfico de 5729 homens e de 5404 mulheres, a população urbana de cobertura da unidade é de 3531 habitantes. Avaliando a adequação do tamanho do serviço para o tamanho da área adstrita, a estrutura poderia ser maior e melhor equipada, com relação à equipe foi solicitado ao gestor de saúde um novo técnico de enfermagem para melhorar a cobertura.

Quanto à atenção à demanda espontânea, os pontos positivos residem no bom acolhimento da equipe em relação ao usuário, prestando as orientações necessárias, por exemplo, no cuidado ao hipertenso e/ou diabético descompensados. Dentre as principais dificuldades relativas ao acolhimento da população, estão o volume de atendimentos que sobrecarrega a equipe e o pequeno espaço físico. O manejo do excesso de demanda ocorre priorizando, sempre que possível, as emergências/urgências, crianças, idosos e adultos. Dentre as ações que podem auxiliar a superar ou minimizar essas dificuldades encontradas sempre colocamos o gestor de saúde informado das necessidades para um bom andamento do serviço.

O atendimento da criança e o pré-natal são terceirizados e feitos por uma pediatra e ginecologista, respectivamente, em outro local, desvinculados na UBSF, no entanto ocorre o atendimento de crianças e gestantes, como demanda espontânea dentro da unidade.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama, as ações que são realizadas na UBSF são registradas, possibilitando um

levantamento satisfatório. A cobertura é de 80% e, podendo ser considerada positiva para nossa UBSF, que está iniciando o trabalho este ano. O serviço adota um protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde, conta com um registro específico e realiza monitoramento regular destas ações. Considero que a avaliação de risco para carcinoma de colo de útero, o exame citopatológico para câncer de colo uterino alterado e para câncer de colo uterino com mais de seis meses de atraso devem ser melhorados, pois os indicadores não se mostram satisfatórios. Através da ampliação da cobertura das ACS, melhoria no acolhimento e do atendimento às usuárias, para que elas se sintam seguras e comprometidas com o trabalho que está sendo feito e participem das ações para sanar as expectativas geradas e dúvidas, será possível melhorar as ações para este público.

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos, são poucas as ações realizadas no serviço. Não seguimos um protocolo ou manual técnico, contamos com um registro específico somente em prontuário médico e realizamos monitoramento dos usuários através do retorno do usuário na reconsulta. No entanto, não há avaliação/monitoramento da efetividade das ações empreendidas para este público.

Não havia nenhum dado estatístico sobre HAS e DM na unidade devido a ser o primeiro ano de funcionamento e somente termos os prontuários médicos como base de dados, sendo esta uma das dificuldades dentre as fragilidades vivenciadas dentro do serviço.

De aspectos positivos, destacam-se a participação e comprometimento daqueles usuários que vêm a UBSF e comentam na comunidade do bom atendimento ao hipertenso e diabético pelos membros da equipe.

No caso dos hipertensos, as dificuldades se referem às mudanças no estilo de vida e que são recomendadas na prevenção primária da hipertensão, notadamente nos indivíduos com pressão arterial limítrofe. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da hipertensão (alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo) são reforçadas em cada consulta, mas temos que ter um trabalho mais amplo e efetivo no município.

Em relação ao portador de diabetes, a grande maioria no município é de tipo 2, a maioria dos indivíduos também apresenta obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia juntas, e a intervenção deve abranger essas múltiplas anormalidades metabólicas. Viso nas consultas em termos de prevenção primária intervir na dieta e

fomentar a prática de atividades físicas, visando a combater o excesso de peso em indivíduos com maior risco de desenvolver diabetes, particularmente naqueles com tolerância à glicose diminuída, estimulando, por exemplo, caminhadas.

Acredito que seja possível e válido investir na maior interação dos usuários com a equipe de saúde, incluindo ACS, para que possamos colocar em prática medidas preventivas, educativas e curativas mais efetivas.

Em relação à saúde dos idosos, as ações não estão estruturadas de forma programática. Não adotamos um protocolo específico e não realizamos monitoramento regular destas ações. Os aspectos positivos se referem à boa adesão dos usuários que frequentam a UBSF e divulgam a boa qualidade e satisfação com o atendimento.

Não foi possível levantar dados durante a análise situacional, sendo outra dificuldade encontrada. Destaco que ocorre o envolvimento de toda equipe em todos os atendimentos e sempre priorizamos, seguindo os preceitos do SUS, de acordo com a faixa etária. Além das consultas e visitas, realizamos atividades de promoção de saúde e prevenção de agravos.

A unidade não conta com Equipe de Saúde Bucal, e por isso a atenção odontológica necessita de encaminhamento dos usuários para outro local fora e desvinculado da unidade, mas são atendidos pelo SUS, gratuitamente.

O relatório da análise situacional permitiu observar que minha UBSF não oferece a maior parte dos serviços preconizados pelo Ministério da Saúde. Os serviços que não são oferecidos na própria unidade são ofertados em outros locais fora da rede, buscando garantir assistência integral à saúde. O ambiente físico da unidade é um aspecto que chama bastante atenção, pois a obra está fora do padrão de UBSF. O relatório possibilitou a visualização da realidade de trabalho na unidade, da necessidade da população e do perfil da comunidade.

1.3 Comentário comparativo entre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional

O relatório possibilitou a visualização da realidade de trabalho na UBSF, da necessidade da população e do perfil da comunidade, além de permitir um futuro planejamento de ações em saúde, que é a proposta do curso de especialização em saúde da família EaD - UFPel. Ainda falta muito para que as diretrizes e preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), modelo para o mundo, sejam de fato realidade. Porém, ao concluir o relatório da análise situacional da Unidade de Saúde Barros Cassal, pude perceber acima de quaisquer problemas ou dificuldades encontradas, o esforço dos profissionais em oferecer um serviço de saúde de qualidade.

Tive a oportunidade, enquanto médico, de ver de perto a realidade do SUS, sua dinâmica de trabalho, a rotina de atendimentos, a relação entre a demanda crescente da população e os recursos disponíveis e conhecer melhor o ambiente de trabalho ao qual estamos inseridos e até repensar em estratégias de melhoria em nossa unidade e atendimento. Para todos nós envolvidos neste processo, um aprendizado e uma experiência inigualáveis.

No início do curso escrevi: Sem dúvida os desafios aqui são imensos e estamos enfrentando uma realidade que necessita de melhora a cada dia. Não podemos perder o foco de um bom atendimento de qualidade e não de quantidade. Fazendo um paralelo com este relatório de análise situacional e o que escrevi no começo do curso, tenho uma visão mais abrangente de minha UBSF e posso dizer que as mudanças são lentas e graduais, mas acontecem se lutarmos por elas.

2 Análise Estratégica: Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas a elevação da PA, 54% por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% por doença isquêmica do coração (DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos, no Brasil as DCV tem sido a principal causa de morte. ⁷

Em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 e 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular. As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Como exemplo, em 2007, foram registradas 1.157.509 internações por DCV no Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação aos custos, em novembro de 2009 ocorreram 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$ 165.461.644,33 (DATASUS). A doença renal terminal, outra condição frequente na HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS e 9.486 óbitos em 2007.¹¹

Diabetes Mellitus (DM) tem assumido proporções cada vez maiores, principalmente em países em desenvolvimento e inclusive na população mais jovem quando observamos as estimativas e projeções da doença que em 1985, representava 30 milhões de adultos com DM no mundo; passando para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002 e, com projeções de chegar a 300 milhões em 2030.⁴

O número de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) na área de abrangência da UBSF Barros Cassal é de 586 hipertensos e 122 diabéticos, respectivamente. Atualmente, este público tem como hábito procurar atendimento médico somente quando há queixas clínicas, para trocar a receita ou em situações pontuais, como emergência/urgência.

A unidade ainda não tem o cuidado a este público organizado plenamente como uma ação programática, uma vez que não utilizamos nenhum protocolo definido, não dispomos de registro específico além do prontuário e não temos rotina de monitoramento/avaliação. Os profissionais mais envolvidos no cuidado a este grupo são médico, enfermeira e técnica de enfermagem, sendo importante envolver toda a equipe e discutir as responsabilidades e atribuições de cada um. As principais dificuldades são a falta de ACS para a cobertura completa da área adstrita, a falta de tempo para cumprir todas as atividades, em paralelo com a rotina da unidade.

A intervenção planejada visa à melhoria no acompanhamento do hipertenso e diabético, com estabelecimento de uma rotina de cuidado organizada, para a abordagem integral dos indivíduos e prevenção dos principais eventos deletérios que estas patologias quando descompensadas produzem ao longo dos anos, se não controlados de forma adequada. Para tal, será necessário o trabalho interdisciplinar, bem como preparo e capacitação da equipe, com distribuição de funções e responsabilidades.

São aspectos que podem facilitar e potencializar a intervenção: o apoio e abertura da gestão municipal de saúde às propostas de melhorias no serviço; a confiança e o vínculo da comunidade com a equipe (médico, enfermeira, técnicos de enfermagem, secretaria e auxiliar geral). Espera-se que implantando plenamente a intervenção, consigamos ampliar a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, associada à melhoria na qualidade do acompanhamento, de forma que se tenha um cuidado universal, integral e resolutivo.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Qualificar a assistência a diabéticos e hipertensos em UBSF no município de Barros Cassal – RS.

2.2.2 Objetivos específicos

Objetivos específicos:

- 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde

- 2: Melhorar a adesão ao programa
- 3: Melhorar a qualidade do atendimento
- 4: Melhorar registros das informações
- 5: Mapear os usuários de risco pertencentes à área de abrangência
- 6: Promover a saúde

2.2.3 Metas

Relacionadas ao objetivo específico 1:

- Meta 1.1: Cadastrar 20 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Meta 1.2: Cadastrar 20 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relacionadas ao objetivo específico 2:

- Meta 2.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- Meta 2.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relacionadas ao objetivo específico 3:

- Meta 3.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- Meta 3.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- Meta 3.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Meta 3.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Meta 3.5: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Relacionadas ao Objetivo 4:

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

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

Relacionadas ao objetivo 5:

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

Relacionadas ao objetivo 6:

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

2.3 Metodologia

2.3.1 Detalhamento das Ações

A responsabilidade pela ação é do médico da UBSF- Barros Cassal, local onde será realizada a ação, no período compreendido entre os meses de outubro à dezembro de 2013. Dentre as metodologias a serem abordadas com as ações de intervenção, a organização e gestão do serviço, o monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público são os eixos pedagógicos que nortearam a abordagem na comunidade. Será monitorada a quantidade de hipertensos e diabéticos cadastrados com relação ao número total de residentes com 20 anos ou mais na área de abrangência da unidade de saúde.

Os usuários identificados na entrada da unidade pela secretaria como hipertenso e/ou diabético, tinham suas fichas-espelho preenchidas com seus dados iniciais e eram encaminhados para sala de procedimentos com prontuário anexo, para serem mensurados os níveis pressóricos e glicêmicos, peso, altura e índice de massa corporal pela técnica de enfermagem. A estratificação do risco cardiovascular e avaliação do pé diabético, conforme o caso, eram realizadas por médico e/ou enfermeira. Todos esses itens eram preenchidos na ficha, que fica anexa ao prontuário de cada paciente, sendo responsáveis pela coordenação e revisão diária o médico e enfermeira da unidade.

Para a organização e gestão do serviço, inicialmente foi realizado juntamente com os agentes comunitários de saúde, o cadastramento de cada hipertenso e diabético residente da área de abrangência com supervisão da enfermeira da unidade. Foi feito contato com o gestor de saúde do município em reunião de médico e enfermeira a fim de esclarecer o objetivo da intervenção e também para solicitar os materiais necessários para a logística. Além disso, foi realizada busca ativa dos usuários faltosos às consultas e garantida com o gestor a realização dos exames laboratoriais e demais acompanhamentos.

No eixo do engajamento público, contamos com o apoio dos demais profissionais da UBS e comunidade para divulgação e promoção da ação, para que a intervenção fosse divulgada, orientando e esclarecendo as dúvidas acerca das ações.

Nas consultas também foram promovidas ações de sensibilização, comunicando os demais usuários e realizando os esclarecimentos necessários. Para a capacitação e qualificação da prática clínica, foram adotados protocolos do Ministério da Saúde e do Hospital Nossa Senhora da Conceição/POA/RS e os

mesmos foram repassados à equipe da UBS através de palestra de capacitação da equipe. A equipe de saúde também foi capacitada para que fornecesse informações aos usuários. A adoção dos protocolos também se faz importante para o médico, pois as informações dadas aos usuários foram baseadas em protocolos, bem como o manejo nos atendimentos.

Objetivo1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta: 1.1. Cadastrar 20 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 20 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa. Será realizado monitoramento dos hipertensos e diabéticos cadastrados toda semana utilizando a ficha espelho, pelo médico e pela técnica de enfermagem.

Organização e Gestão do Serviço

Cadastrar a população de hipertensos e diabéticos da área adstrita. Todos os hipertensos e/ ou diabéticos que vierem para a unidade, tanto por agendamento, quanto por livre demanda, serão cadastrados através do preenchimento da ficha-espelho, que será adotada pela equipe e ficará disponível na unidade. O acolhimento será melhorado com a participação de mais um técnico de enfermagem solicitado ao gestor e garantia de material adequado para tomada de medida da pressão arterial, bem como sua manutenção.

Engajamento Público

Orientar a comunidade sobre o programa de saúde de hipertensos e diabéticos da importância do acompanhamento, os benefícios, as causas e consequências do não acompanhamento, que será feito através de reunião de grupos, pelas ACS em suas visitas diárias e dentro do dia-a-dia da rotina na unidade, por toda a equipe.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe no acolhimento ao hipertenso e/ou diabético, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos específicos. Serão realizados encontros de capacitação para a equipe, agendados conforme disponibilidade de participação dos profissionais. Durante os encontros serão abordados assuntos referentes à forma de acolhimento preconizado na Política de Humanização e de que forma cada membro da equipe pode estar promovendo o acolhimento do hipertenso e seus familiares sempre que procurarem o serviço na unidade. Também será discutida a possibilidade de adoção de um protocolo específico para guiar o cuidado que será ofertado.

A equipe também será capacitada sobre a saúde do hipertenso em relação a quais informações devem ser fornecidas ao usuário e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

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

Meta 2.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 2.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar através das fichas espelho o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Será realizado o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo semanalmente através da observação das fichas espelho, pelo médico e pela técnica de enfermagem.

Será também realizado o monitoramento do número médio de consultas realizadas conforme preconizado pelo protocolo. Esse monitoramento será semanal através da observação de fichas espelho dos cadastrados, pelo médico e pela técnica de enfermagem.

Monitorar as buscas aos usuários faltosos. Será realizado o monitoramento das buscas de usuários faltosos aos agendamentos, semanalmente, através da avaliação das fichas espelho, pelo médico e pela técnica de enfermagem.

Organização e Gestão do Serviço

Organizar as visitas domiciliares para buscar usuários faltosos. Serão organizadas as visitas domiciliares para buscar usuários faltosos aos agendamentos, por meio de um cronograma que será disponibilizado para a equipe. Organizar a agenda para acolher usuários provenientes das buscas. A agenda dos profissionais será organizada de modo a possibilitar o acolhimento e reagendamento dos faltosos, para acolher usuários provenientes das buscas.

Qualificação da Prática Clínica

Realizar treinamento de ACS na identificação dos usuários em atraso, nos momentos de reunião, enfatizando a necessidade de buscar o usuário faltoso para que haja continuidade do cuidado.

Engajamento Público

Será informado à comunidade sobre a importância do acompanhamento regular do usuário pelos profissionais durante os atendimentos na unidade, durante a realização das buscas e por meio dos ACS durante as visitas domiciliares.

Objetivo 3. Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

Meta: 3.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta: 3.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta: 3.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta: 3.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta: 3.5. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: 3.6. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o percentual de hipertensos e diabéticos com avaliação do exame físico, exames complementares e recebimento de medicação gratuita através da ficha espelho. Serão monitorados semanalmente por meio das fichas-espelho o

cumprimento de todos os itens de qualidade do acompanhamento, observando-se o registro de avaliação, pelo médico e pela técnica de enfermagem.

Organização e Gestão do Serviço

Para isso, será realizado contato com o gestor para garantir os materiais adequados para as medidas.

Ter versão atualizada do protocolo e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário: será reproduzida uma cópia do protocolo para ficar disponível na unidade para que todos os membros da equipe possam ter acesso.

Engajamento Público

Compartilhar em todas as consultas com os usuários para que possam exercer o controle social. Em todos os atendimentos os usuários serão orientados sobre as condutas tomadas durante as consultas. Informar aos usuários sobre como identificar sinais de anormalidade. Para isso, em todos os atendimentos serão dadas explicações aos usuários, buscando torná-los mais ativos no acompanhamento de sua saúde e no autocuidado.

Qualificação da Prática Clínica

Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas conforme o protocolo. A equipe será treinada e capacitada conforme protocolo do Ministério da Saúde para realização adequada de medidas. Padronizar a equipe nos cuidados ao hipertenso e diabético. Para isso, a equipe será treinada para que todos realizem o cuidado de uma maneira padronizada, conforme a logística estabelecida. Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação dos resultados, por exemplo, da aferição da pressão. Será realizado treinamento da equipe durante reunião no início da intervenção para capacitar a todos para o preenchimento e interpretação.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

Monitoramento e Avaliação

Monitorar os registros de todos os acompanhamentos dos usuários na unidade de saúde. Para isso, será revisado semanalmente a ficha-espelho, pelo médico e pela técnica de enfermagem, buscando identificar dados pendentes e providenciar que se complete o preenchimento.

Organização e Gestão do Serviço

Preencher folha de acompanhamento. Todos os dados referentes aos usuários serão anotados nas folhas de acompanhamento (fichas-espelho), implantadas na unidade pelo médico, com modelo disponibilizado pela UNASUS/UFPel.

Pactuar com a equipe o registro das informações. Pactuar com a equipe a importância dos registros a avaliação e monitoramento, enfatizando que todos devem efetuar as anotações para cada ação realizada, sendo o médico da unidade responsável pelo monitoramento da realização dos registros.

Engajamento Público

Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via. Será esclarecido à comunidade sobre seus direitos à segunda via dos prontuários e ficha-espelho contendo as informações de saúde e registro dos atendimentos.

Qualificação da prática clínica

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do usuário na unidade de saúde. Todos os membros da equipe serão treinados e capacitados para preencher a ficha espelho.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular. A proposta é estratificar o risco cardiovascular do usuário através do Escore de Framingham a fim de intensificar o tratamento/orientações àqueles com um risco maior.

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

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

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de usuários de alto risco existentes na comunidade. Todos os usuários identificados com alto risco serão sinalizados em um sistema de alerta (marcação nas fichas-espelho) para facilitar o monitoramento da participação destes nas ações ofertadas.

Monitorar o número de usuários de alto risco com acompanhamento em atraso. Será monitorado semanalmente através das fichas-espelho a frequência e participação no acompanhamento dos usuários identificados como alto risco, a fim de detectar possíveis atrasos, pelo médico e pela técnica de enfermagem.

Organização e gestão de serviço

Dar prioridade no atendimento dos usuários de alto risco. Todos os usuários que apresentarem anexado na ficha espelho os sinais de alerta terão prioridade nos atendimentos e serão atendidos em regime de livre demanda.

Engajamento público

Fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco através de orientações por todos os membros da equipe. Durante o acolhimento na unidade, consultas, visitas e atividades coletivas, serão repassadas informações à comunidade sobre os fatores de risco para HAS/DM. Isto será feito por cada profissional responsável pela ação.

Qualificação da prática clínica

Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbimortalidade. Foi Será realizada capacitação da equipe para a identificação de risco para morbimortalidade por meio do protocolo adotado, utilizando recurso audiovisual, sendo realizada no início da intervenção.

Objetivo 6. Promoção à saúde: dentista, nutrição, atividade física, tabagismo.

Meta: 6.1. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.

Meta: 6.2. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

Meta: 6.3. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta: 6.4. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta: 6.5. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos.

Meta: 6.6. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos.

Meta: 6.7. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta: 6.8. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho em todos os atendimentos. Será avaliada a qualidade dos registros de cada consulta ou atendimento semanalmente pelo médico, pelo médico e pela técnica de enfermagem, verificando se os usuários receberam orientações e/ou participaram de ações voltadas à promoção da saúde.

Organização e gestão do serviço

Definir o papel de todos os membros da equipe nas orientações. Será estabelecido o papel de cada membro da equipe na divulgação das orientações de promoção da saúde.

Engajamento Público

Orientar o usuário sobre a necessidade de avaliação odontológica, com nutricionista e atividade física e condutas antitabagismo. Os usuários que buscarem atendimento na unidade também serão orientados quanto à importância da alimentação saudável, prática de atividade física, saúde bucal e do abandono do tabagismo (se for o caso), para a saúde e qualidade de vida.

Qualificação da prática clínica

Os profissionais serão capacitados acerca das condutas adequadas conforme o usuário, de acordo com o estabelecido no protocolo, destacando a necessidade de ênfase nas orientações de promoção da saúde em todos os espaços/momentos possíveis.

2.3.2 Indicadores

Meta 1.1: Cadastrar 20% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1 – **Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.** Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 20% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2 – **Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.** Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 2.1 – **Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.** Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 2.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 2.2 – **Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.** Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 3.1 – **Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.** Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 3.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 3.2 – **Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.** Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 3.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 3.3 – **Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.** Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 3.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 3.4 – **Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.** Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 3.5: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 3.5 – **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.

Meta 3.6: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 3.6 – **Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.** Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 4.1 – **Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.** Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 4.2 – **Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.** Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 5.1 – **Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.** Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 5.2 – **Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular**. Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.1: Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.1 – **Proporção de hipertensos com avaliação odontológica**. Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.2 – **Proporção de diabéticos com avaliação odontológica**. Numerador: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador

Meta 6.3: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.3 – **Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável**. Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.4 – **Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável**. Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.5 – **Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular**. Numerador: Número de pacientes hipertensos que

receberam orientação sobre prática de atividade física regular. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.6 – **Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.** Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.7 – **Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.** Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.8 – **Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.** Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção, será adotado o Protocolo do Hospital Nossa Senhora da Conceição – POA - RS,^{3,4} através de um documento padrão elaborado para o atendimento de hipertensos e diabéticos e que será usado para a implementação da nova rotina da unidade.

Conforme reunião preliminar com o gestor de saúde, formalizamos o apoio necessário para viabilizar nossa intervenção, como exemplo, acesso irrestrito a máquina fotocopadora da secretária de saúde para fotocópias da ficha-espelho, dentre outras necessidades de recursos materiais.

Para viabilizar o monitoramento das ações, todos os atendimentos serão registrados na ficha-espelho de ação programática (anexo 2). Essa ficha de atendimento contém todos os dados necessários para extrair informações para os indicadores. Essa ficha é individual e será anexada ao prontuário de cada usuário.

O lançamento de dados na planilha será feito diariamente ao final do expediente pela técnica de enfermagem. O monitoramento efetivo do usuário será sempre feito através do retorno do usuário para reconsulta previamente reagendada, seja para consulta, mostrar exames, verificar a pressão arterial e/ou controle glicêmico, caso seja diabético. A rotina de revisão das fichas espelho será feita diariamente pelo médico da UBSF.

Para realizar tais ações, bem como a coleta dos dados para a ação programática, será necessário instrumentos no consultório como estetoscópio, maca, esfigmomanômetro, régua, fita métrica, balança. Concomitantemente, para que haja continuidade, será necessário capacitar toda a equipe de saúde com o protocolo adotado para que estejam informados das necessidades e da logística da intervenção.

Através de reuniões semanais, conforme cronograma previsto na intervenção, serão organizadas e realizadas as capacitações com a equipe, através de recursos audiovisuais, palestras e grupo de estudos. O engajamento dos profissionais é de suma importância para que a intervenção na comunidade seja eficiente, fazendo-se necessário que a equipe e a própria comunidade saibam da importância dessas ações e como elas irão acontecer, aumentando, assim, a adesão dos usuários.

Ficha Espelho de Avaliação

Elaborado pela UNASUS-UFPeI e aplicado na UBSF para coleta de informações sobre faixa etária, sexo, nível socioeconômico e cultural, número de medicamentos utilizados de uso contínuo e uso de medicamentos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais/insulina e hipolipemiantes, resultados de exames, etc.

Avaliação Antropométrica

Peso e altura: será utilizada uma balança manual de marca não especificada; os participantes serão avaliados descalços, posicionados no centro da plataforma da balança com os braços estendidos e posição ereta.

Índice de massa corporal (IMC): calculado a partir das medidas de peso e altura utilizando-se o índice de Quetelet ($IMC = \text{peso}/\text{altura} \times \text{altura}$) sendo os pontos

de corte para baixo peso e sobrepeso, respectivamente, eutrofia 18,5 a 24,9 kg/m²; Abaixo de 18,4 kg/m² magreza; Sobrepeso IMC de 25 a 29,9 kg/m², Obesidade Grau I de 30 a 34,9 kg/m²; Obesidade grau II 35 a 39,9 kg/m²; Obesidade grau II ou Obesidade grave maior ou igual a 40 kg/m². Circunferência abdominal (CA): aferir com fita métrica inelástica no ponto médio entre o rebordo costal e a crista ilíaca com o indivíduo em pé com os seguintes pontos de corte para risco elevado de complicações metabólicas, homem \geq ou igual a 102 cm e mulher \geq ou igual a 88 cm.

Aferição da Pressão Arterial (PA)

Os níveis pressóricos serão obtidos através de um esfigmomanômetro aneróide devidamente calibrado e estetoscópio com usuário sentado, em uma cadeira com as costas apoiadas, sendo conferidas as informações referentes a não realização de esforço físico, fumo, ou ingestão de cafeína durante uma hora antes a aferição da PA, conforme recomendação da Diretriz de Hipertensão Arterial. O ponto de corte pressão arterial sistólica \geq 140 mmHg e pressão arterial diastólica \geq 100mmHg.

Perfil Bioquímico

Foram determinados os níveis de glicemia em jejum, hemoglobina glicada, triglicerídeos, colesterol total, HDL-c e LDL-c.

Escore de Risco de Framingham

O Escore de Risco de Framingham (ERF) ^{3,4} é estabelecido por meio do somatório de seus cinco componentes, diferenciados entre os sexos (total de pontos), a partir do qual é estabelecido um risco absoluto de evento CV em dez anos (%) para cada número total do E. O (ERF) leva em consideração as seguintes variáveis: idade, sexo, colesterol total, colesterol HDL, pressão arterial sistólica, diabetes mellitus e tabagismo.

Entre os indivíduos sem doença aterosclerótica significativa, pode-se estimar, pelo ERF aqueles de risco baixo (probabilidade menor que 10% de infarto ou morte por doença coronária no período de 10 anos) e risco alto (probabilidade maior do que 20% de infarto ou morte por doença coronária no período de 10 anos). Para os indivíduos identificados pelo ERF como portadores de risco.

O ERF calcula o risco absoluto de eventos coronarianos (morte, IAM e angina pectoris - AP) em 10 anos. São atribuídos pontos para idade, pressão arterial sistólica

(PAS), colesterol total, HDL colesterol e tabagismo (qualquer cigarro no último mês). Quando houver divergência entre PAS e pressão arterial diastólica (PAD), deve-se considerar a maior para a pontuação. O risco absoluto de DIC é o risco real de IAM, morte por DIC ou AP em um determinado período de tempo. O risco de DIC é proporcional ao número e à intensidade dos FRC e pode ser caracterizado pelo ERF como: alto: risco absoluto > 20% em 10 anos; médio: risco absoluto de 10 a 20% em 10 anos; baixo: risco absoluto < 10% em 10 anos.

2.3.4 Cronograma

Ações	Semana											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Capacitação dos profissionais de saúde da UBSF sobre o protocolo de hipertensos e diabéticos.	X											
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.	X											
Cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência	X											
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática, solicitando apoio para a captação de hipertensos e diabéticos para as demais estratégias que serão implementadas.	X				X				X			
Atendimento clínico das hipertensos e diabéticos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupo de hipertensos e diabéticos.			X				X				X	
Capacitação dos ACS para realização de busca hipertensos e diabéticos ativa de faltosos.	X											
Busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas.	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

Tabela 1: Cronograma de ações previstas para a intervenção

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

No eixo **Organização e Gestão do Serviço** foi programada a logística do trabalho, confeccionadas as planilhas para a coleta dos dados necessários ao monitoramento e avaliação dos indicadores. Além disso, também foi melhor organizado o acolhimento aos usuários com HAS/DM, incluindo a definição de casos prioritários para agendamento de consultas e visitas pela equipe. Também foi sistematizada a rotina de buscas ativas aos faltosos. Pode-se considerar que tais ações foram cumpridas integralmente.

As ações do eixo **Monitoramento e Avaliação** aconteceram durante o período da intervenção através do cadastramento dos usuários, da digitação e acompanhamento periódico dos dados na planilha, ocorrendo de maneira satisfatória.

Com relação ao **Engajamento Público**, a mobilização dos usuários e familiares para participar da estratégia de educação em saúde foi meta atingida, sendo fator essencial para estimular hábitos saudáveis de vida, sendo utilizados desde recursos audiovisuais, como vídeos educativos, visualizados durante a espera da consulta dentro da UBSF até o acompanhamento da melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso.

No eixo **Qualificação da Prática Clínica** organizou-se a capacitação dos profissionais da equipe, porém as ações foram efetivadas parcialmente, pois não conseguimos nos reunir em todos os dias previstos para a realização da capacitação prevista na intervenção. Durante a capacitação foram utilizados notebook para a apresentação dos slides criados para a apresentação do conteúdo.

Dentre as facilidades cito o empenho da equipe para superar as adversidades, sendo uma equipe nova que recém inicia um trabalho de ESF, e ter que conseguir se ajustar a uma proposta de melhoria de hipertensos e diabéticos é no mínimo, louvável. Como dificuldade, cito a falta de mais um técnico de enfermagem e de tempo para realizar atividades de instrução.

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

As ações que estavam no projeto e não foram desenvolvidas foram àquelas relacionadas à inexistência de serviço odontológico dentro da unidade, fazendo com que os usuários tivessem que ser encaminhados. O ponto positivo do projeto de intervenção é que aproveitamos esse momento para solicitar uma ampliação da unidade, dentro de sua área física.

Outro desafio foi a questão do tempo para desenvolver todas as atividades necessárias. Houve semanas sobrecarregadas, pois além dos atendimentos referentes aos usuários da intervenção, existiam muitos usuários dos outros grupos, sem falar das extensas atividades do EAD e da necessidade de estudos.

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

Destaca-se como dificuldade a falta de experiência com atividades relacionadas à planilha excel por parte da equipe. Durante a coleta e sistematização dos dados, no eixo **Monitoramento e Avaliação**, a falta de atenção quanto ao preenchimento de algum dado e/ou correção sem registrar, resultaram na alimentação da planilha de forma incorreta, gerando equívocos para a avaliação dos indicadores, o que dificultou e atrasou o cálculo e avaliação dos mesmos.

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

A intervenção realizada pode ser incorporada na rotina do serviço, devendo para isso continuar havendo planejamento e monitoramento/avaliação de todas as ações (encontros de grupo, atendimento médico ou de enfermagem, visitas domiciliares) e discussão em reuniões de equipe.

Com relação ao eixo **Monitoramento e Avaliação**, o cadastramento e acompanhamento configura-se uma ação de grande importância para a prevenção e controle da hipertensão e diabetes, pois favorece a vinculação dos usuários. Para tanto, faz-se necessário o comprometimento e a dedicação de toda a equipe multidisciplinar, através de capacitações e/ou reuniões de equipe, para manter esse cadastro atualizado e assegurar que a cobertura continue sendo ampliada.

No eixo **Engajamento Público**, atividades educativas foram realizadas e deve-se dar continuidade ao cronograma de encontros previstos (mensalmente), programar e supervisionar as atividades a serem desenvolvidas em cada encontro e investir na captação de novos usuários.

No eixo **Qualificação da Prática Clínica**, pode-se estabelecer um cronograma de capacitação que contribua para proporcionar um maior conhecimento acerca dos temas de interesse coletivo e possibilite reforçar o compromisso e as atribuições tanto da equipe multidisciplinar da UBSF, quanto de cada um dos profissionais.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

O objetivo da intervenção foi ampliar e melhorar a atenção da saúde para hipertensos e diabéticos residentes na área urbana do município de Barros Cassal, Rio Grande do Sul. A UBSF Barros Cassal conta com 586 hipertensos e 122 diabéticos.

Objetivo: Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 20 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Meta 1.2: Cadastrar 20 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

A área de abrangência da UBSF Barros Cassal conta com 586 hipertensos, das mais variadas classes sociais e culturais. No primeiro mês obtivemos 18,8% de cobertura a estes usuários (101), no segundo mês foram 30,2% (162) e no terceiro 35,9% (193). Com relação ao DM, residem na área de abrangência unidade cerca de 122 diabéticos, dos quais acompanhamos, no primeiro mês, 20,4% (27), no segundo mês, 28,7% (38) e, no terceiro, 35,5% (47).

O significado dos resultados obtidos, ultrapassando a meta inicialmente programada (20% de cobertura para ambas as patologias) expõe o quanto é importante uma atuação em grupo. Ações que são realizadas individualmente, mesmo que haja grande disposição, não são capazes de mostrar resultados tão bons para uma comunidade, quando se trabalha em grupo de forma organizada e engajada. Posso dizer que esse foi um dos maiores aprendizados ao longo da intervenção.

Era esperado um resultado maior de cobertura a partir do segundo mês, tanto para hipertensos quanto para diabéticos, porém, com a falta de ACS em algumas áreas não cobertas, aliado com alguns dias de feriados, festas tradicionais da região e alterações do clima, a cobertura variou muito e não seguiu aumentando como

imaginamos inicialmente. Ainda assim, destaco o total e incansável apoio de toda equipe de saúde, principalmente considerando as dificuldades do nosso dia-a-dia.

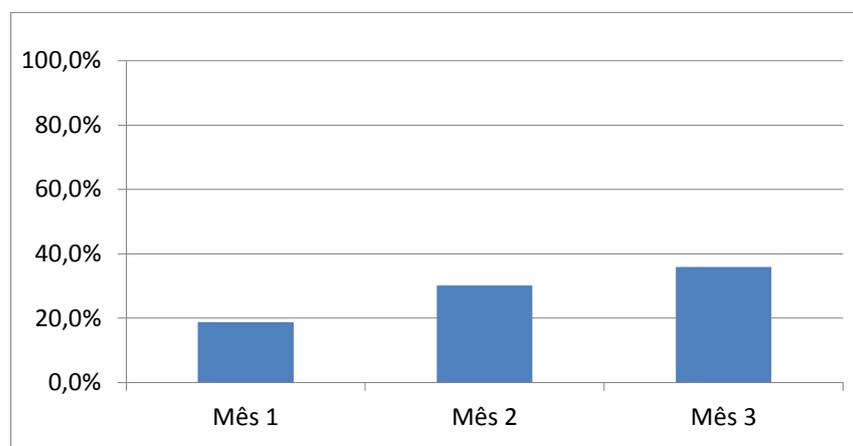


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

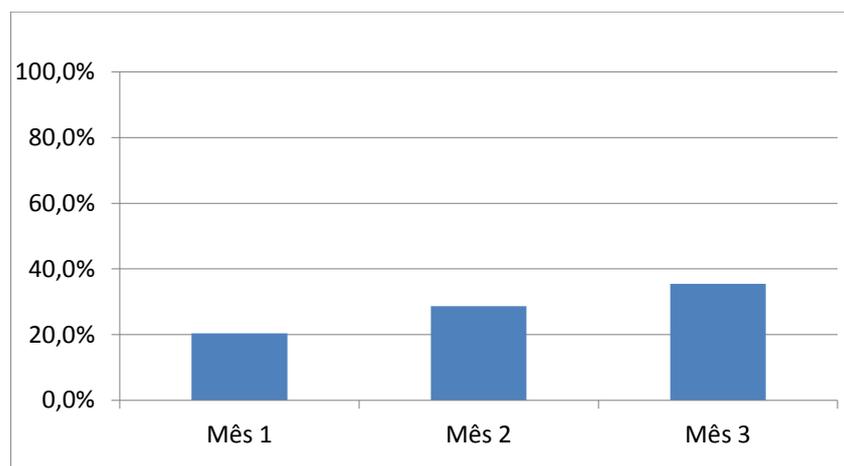


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

Meta 2.1: Buscar 100 % dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Meta 2.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Realizar a busca ativa é uma meta trabalhosa se comparado com as outras, porém, é uma das mais importantes, vendo que o usuário faltoso, na maioria das

vezes, é um usuário de risco, que está exposto a complicações sem que a equipe consiga o acompanhamento efetivo e contínuo.

Com relação a esta ação, conseguimos realizar a busca no primeiro mês para 71,4% (5) e 25% (1) dos hipertensos e diabéticos faltosos, respectivamente. Já no segundo mês, realizamos busca ativa a 84,6% (11) dos hipertensos e 28,6% (2) dos diabéticos que faltaram às consultas. Por fim, chegamos ao final da intervenção tendo realizado busca ativa a 75% (33) dos hipertensos e 60% (9) dos diabéticos faltosos.

Esses resultados se devem a dois fatores. Primeiro pelo engajamento das agentes de saúde que estiveram prontas a todo momento para realizar a busca ativa sempre no mesmo dia da falta à consulta; segundo, que a busca ativa já era realizada previamente, não com tanta eficácia, porém, os profissionais já estavam habituados com essa ação. No entanto, deve-se considerar que a meta de 100% não foi atingida, e isso pode estar associado principalmente à ausência de ACS em algumas microáreas, cujos usuários faltosos acabam sem receber a busca ativa.

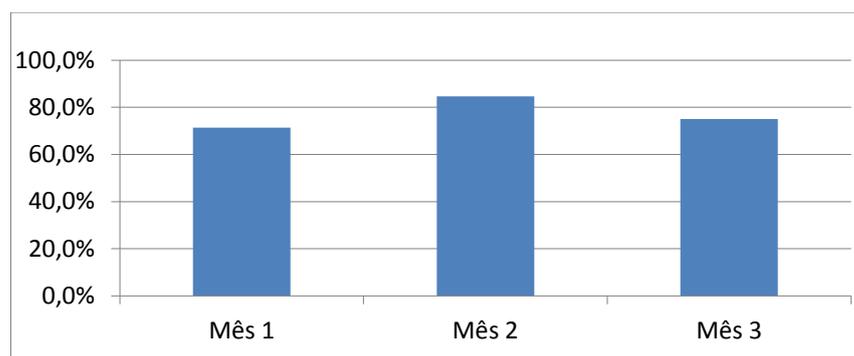


Figura 3. Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

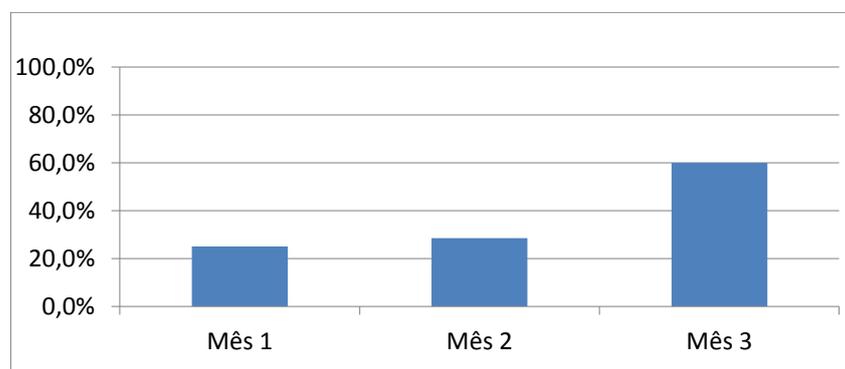


Figura 4. Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Objetivo: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

Meta: 3.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Meta: 3.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

O exame clínico apropriado é uma etapa essencial para o cuidado integral, especialmente para usuários com doenças crônicas, frequentemente associadas a diversas complicações. Para este indicador, embora não tenhamos alcançado a meta em 3 meses, pode-se considerar que os resultados foram excelentes.

Quanto aos hipertensos, os resultados alcançados para o primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção, respectivamente, foram 100% (101), 100% (162) e 100% (193) dos usuários com exame clínico adequado em dia. Para os diabéticos, no primeiro mês alcançamos 100% (27); no segundo mês 100% (38); e no terceiro mês 100% (47) usuários.

Isso se deve a esta ser mais uma ação que já era previamente executada antes da intervenção, aos momentos de capacitação realizados com a equipe, à rotina de monitoramento e à adoção de um protocolo mais bem definido para a atenção a este público. Além disso, é importante enfatizar que com a continuidade da intervenção, especialmente com a rotina de monitoramento implementada, a médio prazo teremos 100% dos usuários adequadamente examinados.

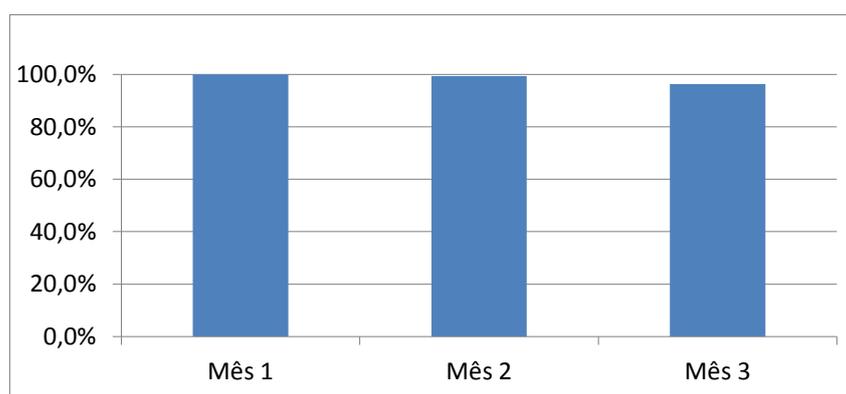


Figura 5. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

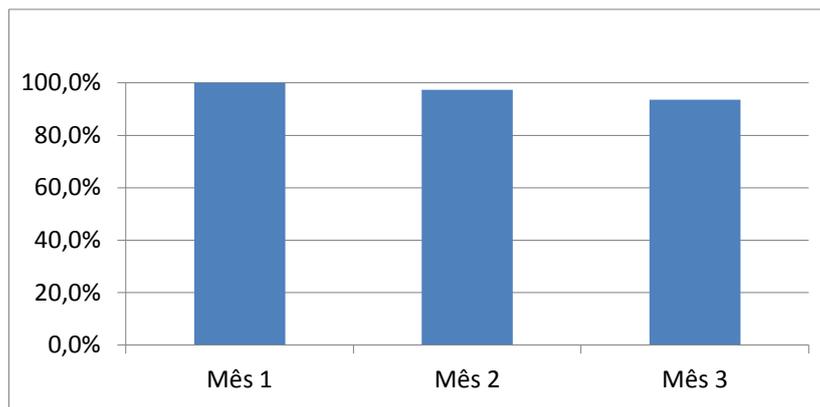


Figura 6. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Meta 3.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 3.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 3.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 3.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A realização de exames complementares é importante para a adequada avaliação e monitoramento da saúde dos usuários com HAS/DM. Nesse sentido, os resultados também foram excelentes, mesmo que a meta não tenha sido alcançada, visto que referem-se a um período de apenas 3 meses.

Para hipertensos, foi realizada a solicitação de exames complementares a 83,2% (84), 88,9% (144) e 87% (168) dos usuários no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente. Para os diabéticos, os resultados foram de 92,6% (25), 92,1% (35) e 89,4% (42) no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente.

A realização rotineira de solicitação de exames complementares já era previamente executada antes da intervenção, o que colaborou para os bons resultados alcançados. Da mesma forma, assim como para o resultado anterior, o protocolo e a capacitação da equipe colaborou para a ação. Enfatizamos a melhora da cobertura de acesso aos exames devido à ação positiva do gestor do município, que ampliou a rede de laboratórios conveniados, bem como a variedade de exames, que também aumentou.

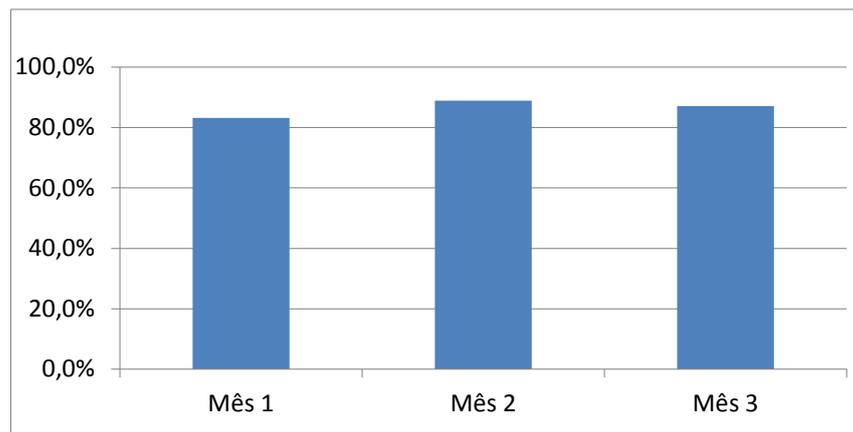


Figura 7. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

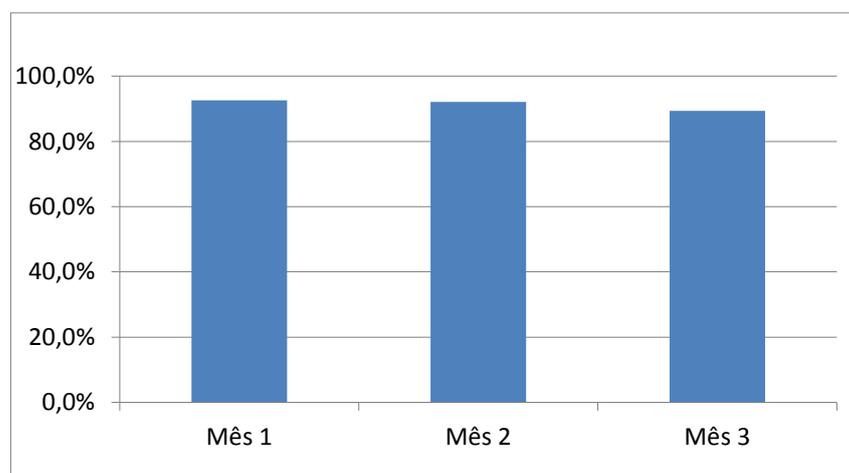


Figura 8. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 3.5: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 3.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 3.6: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 3.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

O acesso aos medicamentos prescritos para o tratamento é fundamental para garantir a resolutividade do cuidado. Para este indicador, não foi possível atingir a meta plenamente, porém conseguimos chegar muito perto, sendo que provavelmente

em médio prazo conseguimos chegar aos 100% de usuários com acesso aos medicamentos prescritos.

No primeiro mês, chegamos a 83,2% (84) dos hipertensos e 77,8% (21) dos diabéticos. No segundo, a 88,3% (143) hipertensos e 81,6% (31) diabéticos com acesso às medicações prescritas pela farmácia popular/HIPERDIA. Chegamos ao final da intervenção com 90,2% (174) dos hipertensos e 85,1% (40) dos diabéticos acessando as medicações.

Estes resultados associam-se à existência de uma rede de distribuição dentro do município que proporciona ao usuário do sistema o acesso as principais medicações anti-hipertensivas e antidiabéticas, havendo sempre priorização por parte dos profissionais para a prescrição das medicações disponíveis na rede.

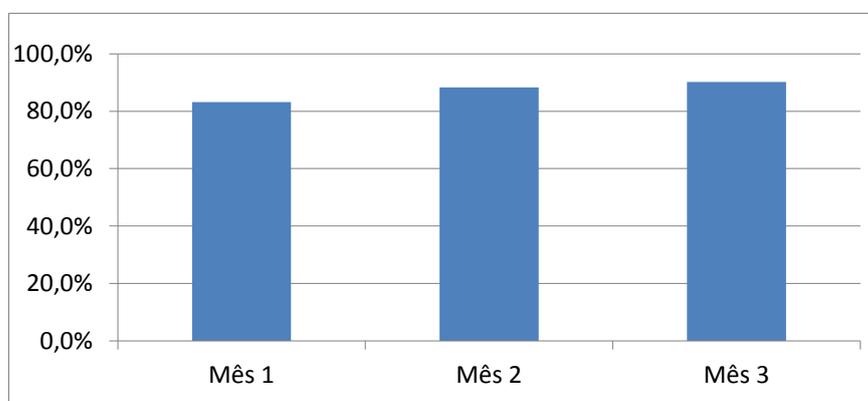


Figura 9. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.

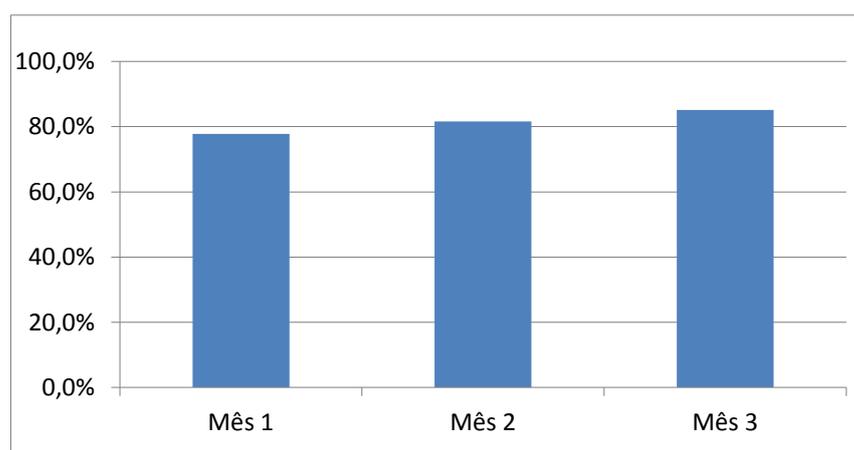


Figura 10. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.

Objetivo: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

Realizar o correto registro da ficha espelho é fundamental para uma coleta de dados organizada e fidedigna. Na UBSF, uma das prioridades é a organização dos registros, não só de hipertensos e diabéticos, mas de todos os outros usuários.

Infelizmente, até o momento o registro não é informatizado, porém é muito organizado e tem um excelente funcionamento. Devido a esses atributos, foi possível que todos os usuários em acompanhamento na intervenção tivessem sua ficha-espelho criada, porém não conseguimos em todos os meses manter 100% dos registros atualizados, embora tenhamos ficado muito próximos deste resultado ideal.

No primeiro mês, conseguimos manter atualizados os registros de todos os hipertensos e diabéticos cadastrados na intervenção. No segundo mês, 1 usuário hipertenso e 1 diabético ficaram com o registro incompleto, assim, tivemos 99,4% (161) e 97,4% (37) hipertensos e diabéticos com registro completo, respectivamente. No terceiro mês, chegamos a 96,9% (187) hipertensos e 95,7% (45) diabéticos com registro atualizado.

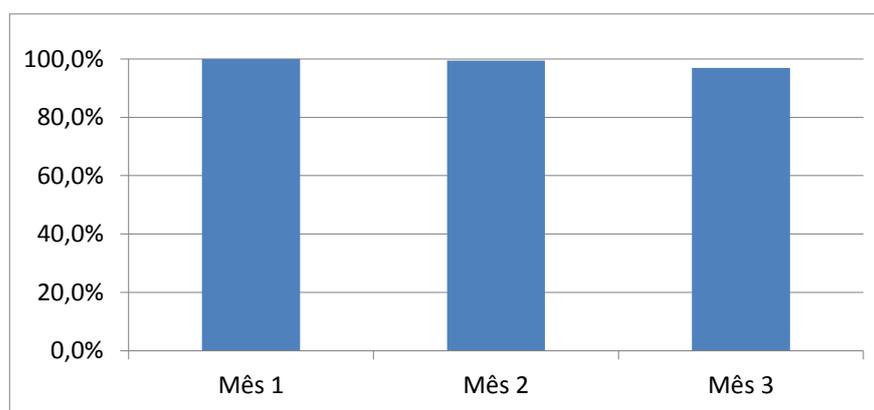


Figura 11. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

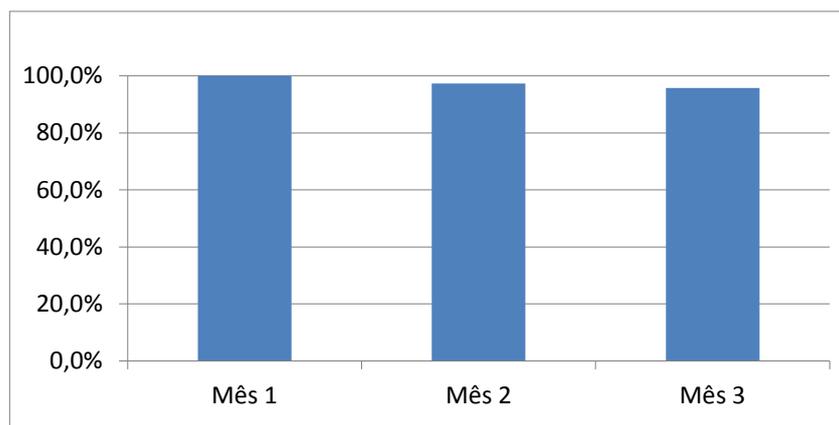


Figura 12. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Objetivo: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular. A proposta é estratificar o risco cardiovascular do usuário através do Escore de Framingham a fim de intensificar o tratamento/orientações àqueles com um risco maior.

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

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Foi utilizado a ficha espelho preenchida pelo médico após término dos exames laboratoriais (colesterol, HDL, LDL, triglicérides e glicemia) e posterior contagem de pontos para estratificação do risco cardiovascular em 10 anos para desenvolvimento de DIC (morte ou IAM não fatal). Os usuários poderiam estar usando qualquer medicamento anti-hipertensivo e antidiabético.

Fatores de risco cardiovasculares como HAS, DM, tabagismo e dislipidemia são FRC independentes para o desenvolvimento de DCV (doenças cardiovasculares). Assim, com base na importância destes, justifica-se uma estratificação adequada do risco cardiovascular para ocorrência futura de DCV por meio da utilização do ERF. O estabelecimento do escore é feito por meio da somatória de pontos atribuídos aos FRC para homens e mulheres separadamente. Esse cálculo pode classificar o indivíduo como alto, médio ou baixo risco de desenvolver DCV nos próximos 10 anos.

Por ser uma meta que não é difícil de ser realizada, bem como por ter uma enorme importância, investimos muito nesta ação e não encontramos dificuldades em obter êxito nesse indicador, ainda que não alcançando a meta de 100% para 3 meses. Novamente, deve-se destacar que com a continuidade da intervenção este resultado poderá ser alcançado.

Conseguimos realizar a estratificação de risco para 99% (100) no primeiro mês, 98,8% (160) no segundo mês e 95,9% (185) no terceiro mês, para hipertensos. Para diabéticos, realizamos em 100% (27) dos usuários no primeiro mês, 97,4% (37) no segundo mês e 95,7% (45) no terceiro mês.

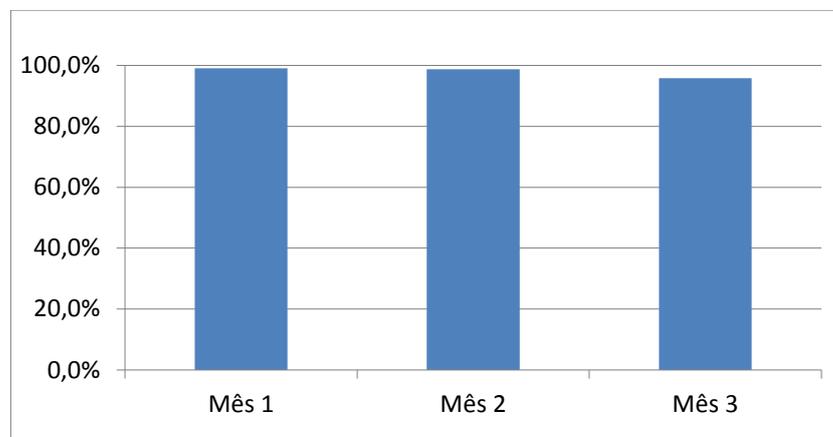


Figura 13. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

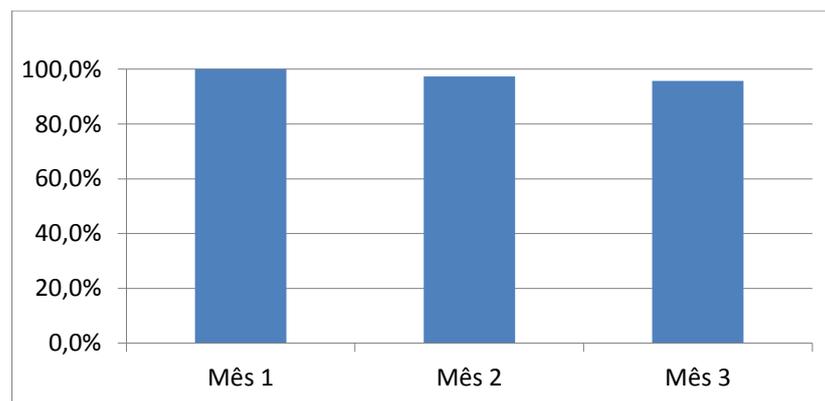


Figura 14. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Objetivo. Promover saúde para os usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Meta 6.2: Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

A avaliação odontológica dos usuários cadastrados na intervenção é uma ação importante para a integralidade do cuidado. No primeiro mês, alcançamos 100% dos usuários (101); 100% (162) no segundo mês e; 100% (193) no terceiro mês, para hipertensos. Para os diabéticos, alcançamos respectivamente no primeiro, segundo e terceiro mês: 100% (27); 100% (38); 100% (47).

Os usuários atendidos receberam orientação e avaliação nas consultas sobre os cuidados bucais e, eram encaminhados ao cirurgião-dentista para dar início ao tratamento bucal.

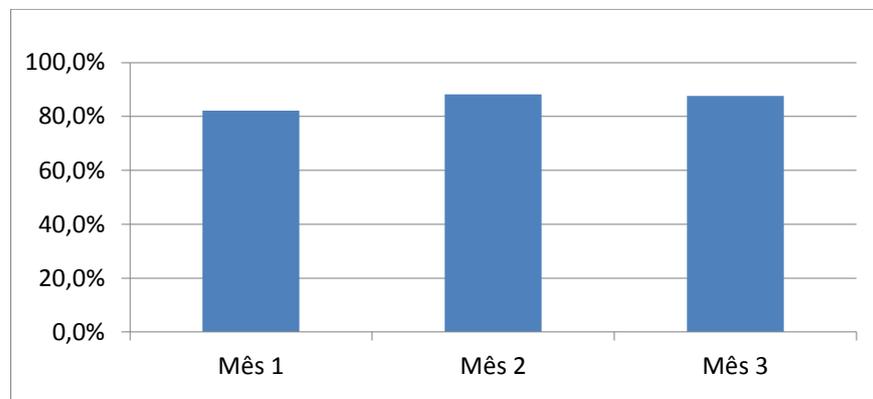


Figura 15. Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

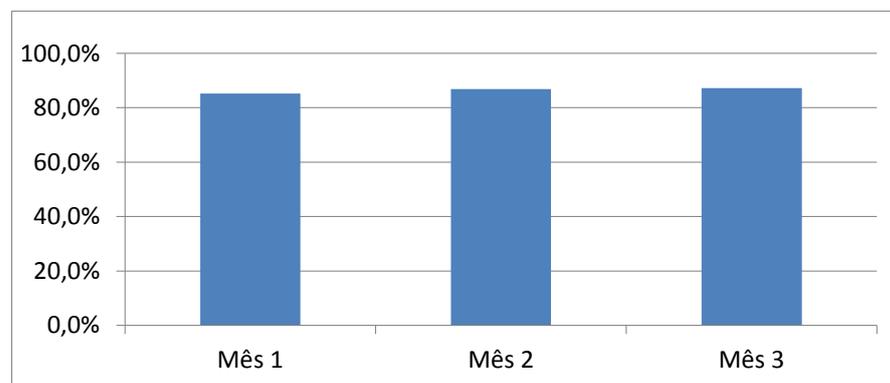


Figura 16. Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Meta 6.3: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.4: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

A alimentação saudável interfere diretamente no controle da HAS/DM, sendo necessário orientar todos os usuários com relação a hábitos alimentares saudáveis. Pode-se considerar que esta ação não é difícil de ser realizada (exceto pela resistência de alguns usuários), especialmente se buscarmos o envolvimento de toda a equipe e a colaboração de todos. Não encontramos dificuldades em obter êxito nesse indicador, ficando muito próximos da meta de 100%.

Os hipertensos não demonstraram muito interesse em saber como se alimentar de forma mais saudável, então a orientação era fornecida no consultório conforme as condições clínicas do usuário e sempre encaminhados para reforço e acompanhamento. Essa orientação já era realizada previamente à intervenção, mas foi intensificada com o início da mesma. Já os diabéticos têm mais curiosidades em relação ao hábito alimentar. Para estes, a orientação também era fornecida no consultório conforme as condições clínicas do usuário, e sempre encaminhados para reforço e acompanhamento num link muito positivo com a nutricionista.

No primeiro mês, todos os usuários foram orientados; no segundo mês, 100% (162) dos hipertensos e 100% (38) diabéticos receberam orientação. No último mês, 100% (193) dos hipertensos e 100% (47) dos diabéticos estavam devidamente orientados pela equipe com relação à alimentação mais adequada à sua condição clínica.

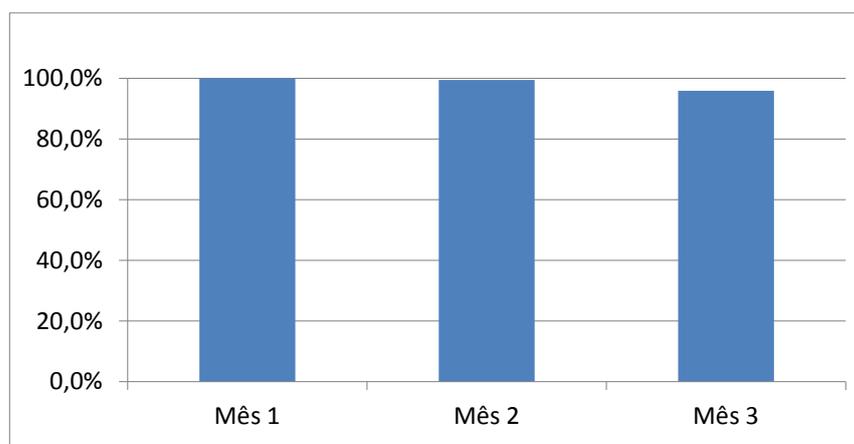


Figura 17. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

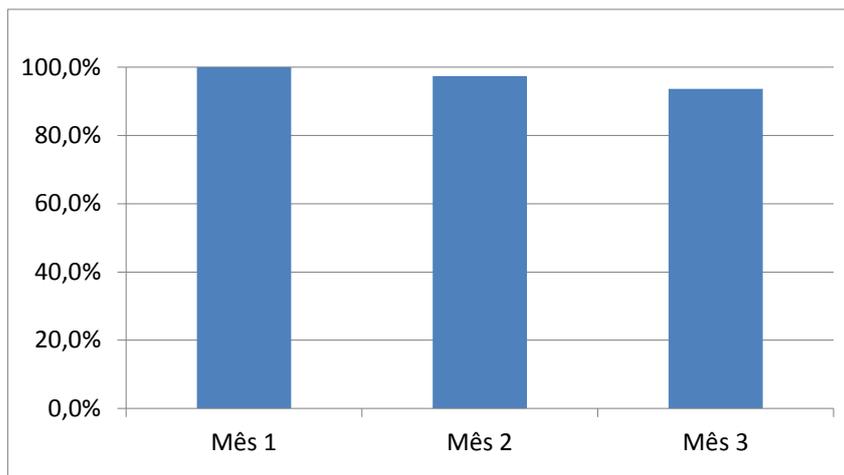


Figura 18. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.5: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

Meta 6.6: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

As orientações para a prática da atividade física regular seguiram o mesmo padrão e rotina das orientações para higiene bucal e alimentação saudável. Assim, tivemos resultados muito parecidos. Conseguimos obter 100% (101) no primeiro mês, 100% (162) no segundo mês e 100% (193) no terceiro mês, para hipertensos. Alcançamos 100% (27) no primeiro mês, 100% (38) no segundo mês e 100% (47) no terceiro mês, para diabéticos. Os usuários atendidos receberam orientações nas consultas sobre os cuidados com prática de atividade física regular. Mesmo sem contarmos com um profissional de educação física como referência, esse item foi satisfatório.

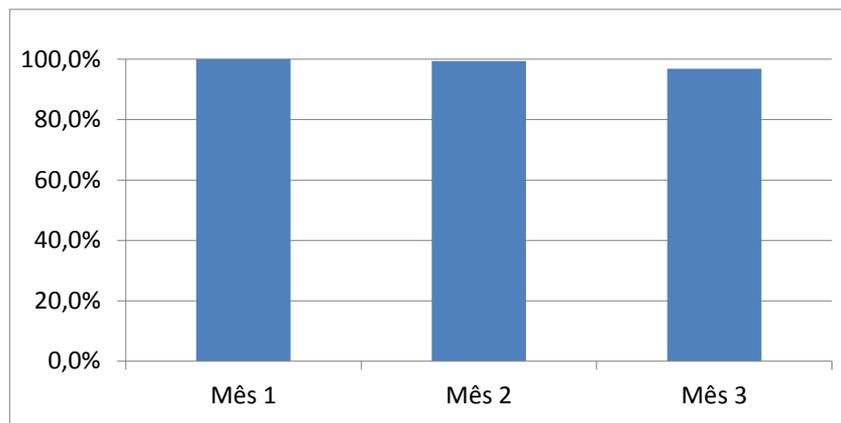


Figura 19. Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

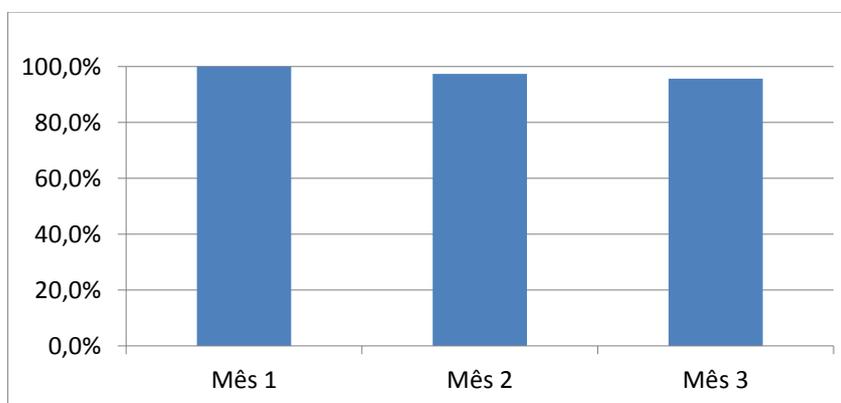


Figura 20. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

O tabagismo foi exaustivamente combatido aqui na unidade, sendo uma das bandeiras que elegemos antes da intervenção para todos os usuários. Incentivamos hipertensos e diabéticos tabagistas a usar com segurança terapias reposicionais com nicotina para abandono do tabagismo e/ou medicação, por exemplo, bupropiona. Sempre alertávamos que eventualmente o descontrole de peso observado com a

abolição do tabaco, embora transitório e de pequeno impacto no risco cardiovascular, poderia ocorrer e não deveria ser negligenciado.

Assim, conseguimos obter 100% (101) no primeiro mês, 100% (162) no segundo mês e 100% (193) no terceiro mês, para hipertensos e 100% (27) no primeiro mês, 100% (38) no segundo mês e 100% (47) no terceiro mês, para diabéticos.

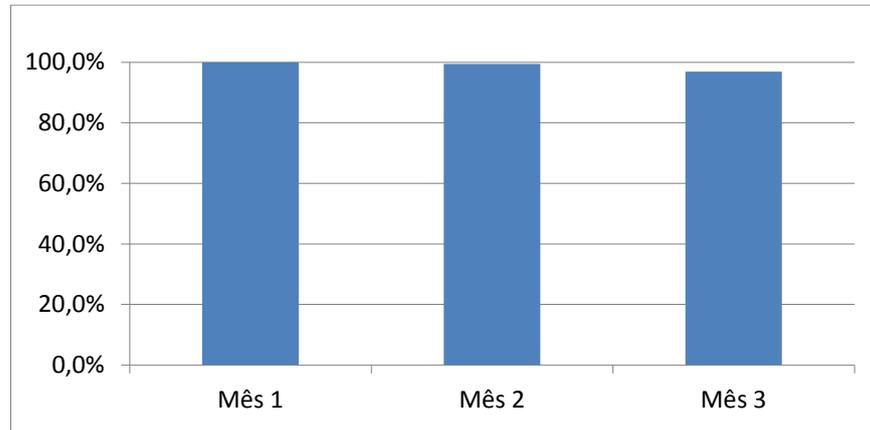


Figura 21. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

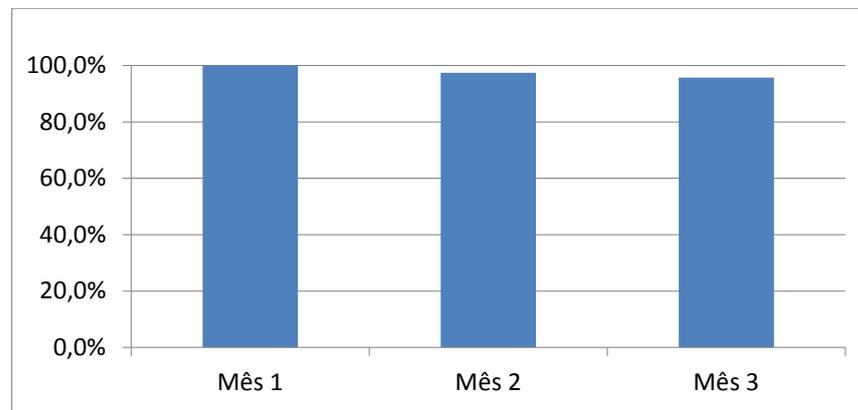


Figura 22. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Acaba havendo uma queda nos resultados em alguns indicadores no terceiro mês justamente porque foi ampliado o denominador (número de cadastrados), mas sem necessariamente já terem realizado a consulta e todos os itens previstos (exames, promoção, rastreamento), mas com a continuidade da intervenção, certamente os itens do acompanhamento serão contemplados e os indicadores voltarão a ascender.

4.2 Discussão

Através da intervenção no ESF Barros Cassal, conseguimos aumentar a cobertura de atendimento para diabéticos e hipertensos residentes na zona urbana do município de Barros Cassal. Além de ampliar, melhoramos a qualidade do atendimento e abordagem à saúde do adulto portador de HAS/DM.

Inicialmente, para realizar a intervenção foi necessário que toda a equipe se adequasse com as recomendações das diretrizes: a organização do cuidado às pessoas com Diabetes Mellitus, em Serviços de Atenção Primária à Saúde e a organização do cuidado às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica em Serviços de Atenção Primária à Saúde. Com abordagem multidisciplinar, dividindo responsabilidades entre médico, enfermeiros, técnicos, agentes, gestores, conseguimos fazer uma ação que, com certeza, permanecerá depois da intervenção.

Sempre foi enfatizada a importância de expandir essas ações para as demais áreas da população, fazendo com que tais impactos pudessem também ser percebidos na saúde em geral.

A importância da intervenção para o serviço em geral foi a capacitação e a atualização de alguns fatores. A qualificação da equipe, por exemplo, passou a não servir apenas para hipertensos e diabéticos, mas também para outros grupos.

Já para a comunidade, a intervenção é proveitosa principalmente no cuidado com o hipertenso e diabético, além de prevenção, bem como orientações nutricionais. Para a comunidade, o que conseguimos enfatizar foi a importância das consultas rotineiras. Conseguimos mostrar o quanto é importante essas consultas de acompanhamento do hipertenso e/ou diabético para a prevenção de diversas patologias que podem estar ocultas inicialmente, ampliando as chances de tratamento se descobertas precocemente.

Um fator que poderíamos fazer diferente seria ampliar mais a divulgação desta intervenção inicialmente, talvez esperando mais uma semana para iniciar a intervenção e nesse tempo preparar atividades de divulgação durante todos os dias que antecipassem a ação. Percebe-se que incorporar essas ações abordadas na intervenção na rotina diária do nosso serviço é plenamente viável, visto que até algumas ações já eram feitas previamente.

A intervenção serviu para incorporar e qualificar ainda mais o serviço de saúde prestado em minha ESF, não só para os atendimentos de hipertensos e diabéticos,

mas sim para todos os demais atendimentos. Conversando com toda a equipe de saúde, vimos quais seriam os planos para 2014. Com certeza será mantida e agora aperfeiçoada. Além disso, temos um plano de expandir para as demais populações que necessitam de atenção especial. Temos certeza que será fácil ser expandido, pois será muito semelhante aos moldes que fizemos no ano de 2013, só necessitará de algumas adaptações.

4.3 Relatório da Intervenção para Gestores

Prezado Gestor, A intervenção realizada na unidade teve como prioridade aumentar a cobertura de atendimento para diabéticos e hipertensos residentes na zona urbana do município de Barros Cassal, bem como ampliar, melhorar a qualidade do atendimento ao usuário. Gostaria de frisar que o ponto mais positivo de nossa intervenção nos usuários realizada dentro da UBSF Barros Cassal, através do trabalho árduo de toda a equipe, foi a qualificação da atenção à saúde. A UBSF Barros Cassal conta com 586 hipertensos e 122 diabéticos. Ao final dos três meses de intervenção, foram acompanhados 193 hipertensos e 47 diabéticos, representando 32,93% e 38,52%, respectivamente.

A comunidade ganhou com a intervenção em diversos aspectos, dentre eles podemos citar uma queda do sedentarismo entre os usuários. Quanto à alimentação saudável, investiu-se na conscientização da população sobre sua importância, bem como o alerta para os riscos das doenças crônicas não transmissíveis. Em relação ao tabagismo, houve um forte incentivo para diminuição do consumo de tabaco. Dentro da UBSF sempre estimulamos a perda de peso e, no que diz respeito ao controle pressórico, enfatizamos a redução da pressão sistólica com a adoção de medidas comportamentais. Além disso, houve aumento da procura de idosos por orientação de saúde, sendo frequente o relato de contentamento e satisfação com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

Gostaria de frisar que muitos aspectos foram dependentes da gestão e que são importantes para viabilizar o futuro e manutenção da intervenção realizada, dentre eles, a contratação de novas ACS, o apoio na qualificação dos profissionais de saúde e o contínuo fornecimento de materiais/insumos que foram previstos desde o início do projeto.

Destaco que as melhorias e a permanente parceria da gestão com a unidade e com a comunidade certamente influenciarão positivamente a continuidade deste

projeto dentro de nossa unidade de saúde. Desta forma, a médio e longo prazo será possível alcançar a ampliação de cobertura para 100% dos hipertensos e diabéticos, sempre com qualidade do acompanhamento realizado. O apoio da gestão é importante também para motivar a equipe e viabilizar a utilização da intervenção realizada com hipertensos e diabéticos para outros grupos, como idosos, por exemplo.

Desde já, agradeço o apoio recebido, frisando que uma verdadeira parceria entre nossa unidade e a gestão municipal foi responsável para atingirmos esta meta e que o principal beneficiário é o cidadão da zona urbana de Barros Cassal, que ganhou na qualidade do cuidado prestado e em qualidade de vida.

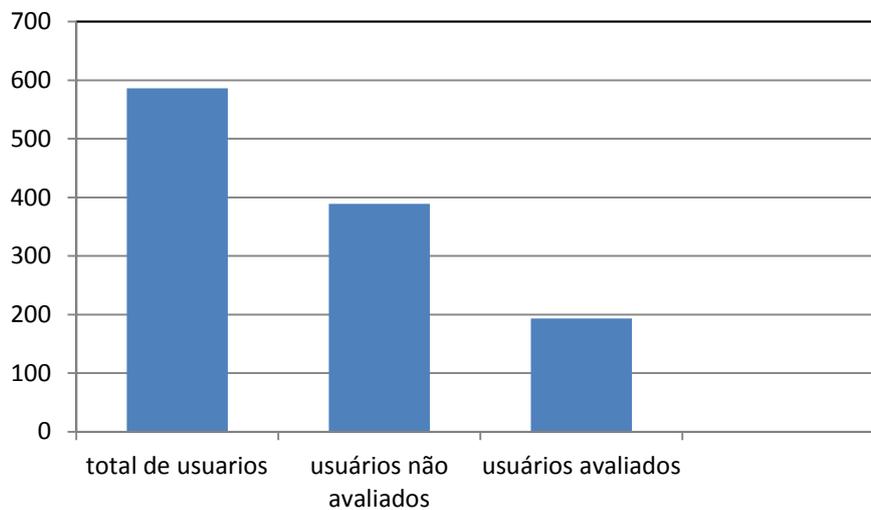


Figura 23. Cobertura total do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

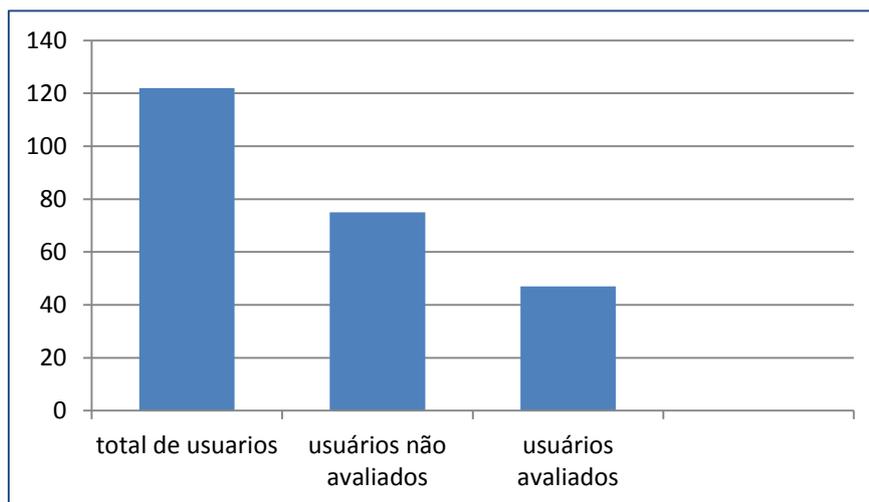


Figura 24. Cobertura total do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

4.4 Relatório da Intervenção para Comunidade

O resultado positivo do nosso trabalho nada mais é que o reflexo de mudanças na vida de nossos usuários, exteriorizadas pelo brilho do olhar, por um sorriso, por uma conversa, pela alegria de viver de muitos deles.

Notamos desde o início aqui dentro da unidade o predomínio da procura do público feminino, decorrente da maior procura das mulheres por serviços de saúde, dentre outros fatores. Dessa forma é necessária a busca para que o público masculino participe mais, para que estes possam ser contemplados pelas ações e tenham melhor qualidade de vida também.

A comunidade ganhou com o novo projeto em diversos pontos, dentre eles podemos citar: uma queda de usuários que não praticam nenhuma atividade física, após as palestras e estruturação de grupo de atividades físicas; conscientização da população sobre a importância da alimentação saudável; conscientização sobre os riscos do diabetes e da hipertensão. Quanto ao uso de cigarros, houve um forte incentivo para diminuição do consumo de fumo. Dentro do posto sempre estimulamos a perda de peso e, no que diz respeito ao controle da pressão, sempre conversamos sobre como é importante adotar mudanças para ter uma vida mais saudável. Além disso, houve aumento da procura de idosos por orientação de saúde, sendo frequente o relato de satisfação com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

Notamos que o aumento da “alegria de viver” de nossos usuários foi o ponto chave para o alcance de nossos bons resultados, porém foi identificada a necessidade de tornar esses usuários mais ativos em suas histórias de vida. Da mesma forma, ainda é preciso a elaboração de meios para a captação de maiores recursos para ações de prevenção de doenças e promoção da saúde dentro do município.

É muito importante neste momento a busca dos profissionais de saúde por estratégias que sensibilizem os usuários dos serviços da unidade para que possam promover e estimular o cidadão na construção de sua saúde, bem como na sua qualidade de vida. Isso é importante para que haja resultados concretos na abordagem dos programas para hipertensos e diabéticos, como também para o bem estar geral dos indivíduos.

5 Reflexão Crítica Sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem

O curso de especialização em Saúde da Família da UFPel como um todo possibilitou o desenvolvimento de uma ampla visão sobre a importância de se realizar, junto à equipe e à comunidade, ações permanentes em saúde. Muitos foram os benefícios alcançados através dele: novos conhecimentos adquiridos, a equipe do ESF – Barros Cassal teve a oportunidade de participar de atividades propostas durante o curso e a comunidade foi contemplada com vários projetos e mudanças que se iniciaram através do aprendizado ofertado no curso.

Além disso, o curso possibilitou a interação dos profissionais que puderam perceber a importância do processo de educação permanente em saúde e, principalmente, de se trabalhar em equipe. O fator essencial ao se cursar o UNASUS-UFPel é a possibilidade de fazê-lo em serviço e compartilhar, dividir todo o aprendizado com a equipe e colocar em prática todo o conhecimento, ou seja, empregá-lo junto à comunidade. Mas para que todo o processo tenha bons resultados é necessária a colaboração de todos os profissionais.

O desenvolvimento do trabalho durante o curso superou em muito as minhas expectativas iniciais com a intervenção e os resultados obtidos. O mais gratificante foi saber que conseguimos melhorar a situação da atenção básica em nossa ESF. Não apenas para diabéticos e hipertensos, que eram o foco da intervenção, mas sim para outras áreas também. O objetivo inicial era conseguir mudar a cultura e rotina da população em procurar atendimento de saúde somente com objetivo curativo, implantando a ideia da prevenção. Hoje, já é possível perceber uma consciência maior da comunidade em que o essencial são consultas regulares e preventivas, mesmo quando o usuário possa não aparentar estar doente.

Sem sombra de dúvidas, o significado do curso para minha prática profissional foi de levar desses meses de intervenção uma enorme lição útil não só para minha prática profissional, mas para minha vida. Cada usuário é um ser único, com suas necessidades individuais e suas particularidades. Jamais teremos casos idênticos, por isso sempre devemos estar atentos a cada consulta, sempre haverá algo novo para aprender e resolver. Houve muitas situações inusitadas que não raro eram resolvidas com um singelo sorriso facilitando a relação médico-usuário, sabendo que nenhum caso será igual ao anterior. Cada consulta foi inédita, abrangendo sempre o usuário como um todo, com integralidade.

Acredito que a diversificação dos cenários, que é uma qualidade do curso da UFPel, é uma estratégia que aproxima o aluno da vida cotidiana das pessoas e desenvolve olhares críticos e voltados para os problemas reais da população, possibilitando a incorporação por parte do aluno do processo de produção do serviço e gerando mudanças no processo de formação profissional do estudante.

A vivência na Atenção Básica também possibilitou a ocorrência de um aprendizado diversificado, que não se detém apenas ao conhecimento teórico de condutas e procedimentos, mas baseia-se fundamentalmente no relacionamento com os usuários, inseridos em uma realidade própria, com necessidades e condições especiais. Os aspectos envolvidos nesta forma de assistência incluem ações voltadas para prevenção e promoção da saúde, garantindo os princípios fundamentais da Atenção Básica: integralidade, qualidade, equidade e participação social. O especializando inserido nesta realidade é capaz de criar um vínculo com o usuário, levando a informação de forma objetiva para todos os componentes daquela família, com base no que aquele sujeito propõe-se a executar, possibilitando a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.

Além da vivência semanal junto à comunidade e atividades propostas via internet, propostas ao especializando, conta também com um espaço de discussões teóricas, promovidas por meio de tutorias on-line, muito úteis para quem está longe dos grandes centros. Tal forma de debate teórico possibilita uma maior participação dos alunos, fazendo com que eles deixem sua tradicional posição de espectadores privilegiados de uma ação de saúde, tornando-os sujeitos do processo de construção do conhecimento.

Por tudo isso o processo de aprendizagem proposto pela UFPel é bastante avançado para um curso a distância, confesso que muitas das vezes o aluno sente uma solidão e saudades dos bancos acadêmicos das aulas e tudo mais, entretanto por outro a estrutura montada é muito abrangente e está de parabéns.

Dentre os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso, podemos destacar como mais importantes: a melhora da relação ESF e comunidade, o crescimento profissional e quantidade de usuários que foram contemplados com uma mudança de paradigma com relação a sua própria saúde.

6 Bibliografia

- 1 BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
- 3 Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde - Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.
- 4 Protocolo de Diabetes Mellitus tipo 2 para a Atenção Primária em Saúde - Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.
- 5 DUNCAN, Bruce B. et al. *Medicina Ambulatorial: Conduitas Clínicas em Atenção Primária*. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.
- 6 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*. Manual de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Brasília, DF, 2001
- 7 Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2006;1-48.
- 8 Malta DC, Moura L, Souza FM, Rocha FM, Fernandes FM. Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. In: Saúde Brasil 2008 Ministério da Saúde, Brasília. 2009. p. 337-62.
- 9 Documento do Banco Mundial. BRASIL. Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil. Relatório No. 32576-BR. 15 de novembro de 2005.
- 10 Williams B. The year in hypertension. *JACC*. 2010; 55 (1):66-73.
- 11 DATASUS. Ministério da Saúde. Acessado em: 19, 20, 22, 23 e 29 Jun. 2014. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/datasus/index>. Área=0203

ANEXOS

C – DOCUMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA


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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma. Sr.
Profª Ana Claudia Gestal Fassa

Projeto: *Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora,

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


Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



Figura 25. Equipe de saúde.