

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus no Ambulatório Municipal de Tupanci do Sul, Tupanci do
Sul/RS**

Karel Plano Garcia

Pelotas, 2015

Karel Plano Garcia

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus no Ambulatório Municipal de Tupanci do Sul, Tupanci do
Sul/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Daniela Nunes Cruz

Pelotas, 2015

G216m García, Karel Plano

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus no Ambulatório Municipal de Tupanci do Sul, Tupanci do Sul/RS / Karel Plano García; Daniela Nunes Cruz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

103 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Cruz, Daniela Nunes, orient. II. Título

CDD : 362.14

A minha mãe, pelo amor e carinho oferecido, durante toda a vida nos momentos bons e ruins, pela educação e companhia abnegada todos estes anos.

Agradecimentos

Primeiramente a DEUS, por ter me dado a oportunidade de poder estar aqui, dando-me todas as condições e a força para sempre prosseguir em meus sonhos, dando-me uma família maravilhosa, os amigos e companheiros que sempre estiveram presentes nesta minha caminhada pela vida, e mesmo as pessoas que não acreditavam em mim, que com suas críticas me fizeram cada vez mais forte para alcançar meus objetivos.

Aos meus pais Nelsa e Juan pela educação e pelo carinho sempre dispensado, sempre me ensinando os valores positivos indispensáveis na formação do caráter, meu eterno amor e gratidão.

A minha orientadora Daniela Nunes Cruz pelo conhecimento e horas a mim dispensadas, pelo incentivo e apoio constantes para que eu conseguisse concretizar o trabalho que aqui me propus realizar. Com toda certeza, você foi a maior fonte de estímulo nos momentos de dispersão, dúvida e insegurança.

Aos colegas de curso, pelo espírito de estudo e convivência, o qual muita saudade certamente sentirei. À equipe de saúde da UBS Ambulatório Municipal Tupanci do Sul/RS e os usuários abrangidos na intervenção; agradeço pelo amor, carinho e companheirismo sem medidas e pelo suporte nas necessidades que surgiram pela estrada durante todo o processo de trabalho, pelas palavras de afeto e conforto que me deram fôlego para seguir em frente.

De forma especial, aos governos de Cuba e Brasil, pela oportunidade de participar deste projeto tão importante para a América e o Brasil.

Resumo

GARCIA, Karel Plano. **Melhoria da atenção aos Usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus no Ambulatório Municipal de Tupanci do Sul, Tupanci do Sul/RS.** 2015. 101fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importantes problemas de saúde pública, pois são a primeira causa de morte no país. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), doenças crônicas não transmissíveis, constituem-se os mais importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Nesse contexto a Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como elemento-chave no desenvolvimento das ações para o controle da HAS e DM, uma vez que, através de uma equipe multidisciplinar, atua na promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, na manutenção da saúde e no estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a comunidade. Este trabalho trata-se de uma intervenção, realizada na UBS Ambulatório Municipal Tupanci do Sul/RS, com o objetivo de melhorar a qualidade de atenção ao Programa Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus do Ambulatório Municipal Tupanci do Sul. A intervenção teve duração de três meses, entre o período de março a maio de 2015. Os usuários abrangidos pela intervenção foram expostos as ações para o aumento da adesão ao programa, avaliação clínica, laboratorial e principalmente as educativas. Participaram dessa pesquisa 347 usuários com HAS e 48 usuários com DM que receberam as avaliações dos profissionais que integravam a equipe multidisciplinar da UBS. A composição da equipe da UBS por categoria profissional praticamente manteve-se a mesma do início ao final da intervenção. As ações realizadas incluíram o cadastramento dos usuários no programa, o acompanhamento dos indicadores, a formação de grupo de educação em saúde, a realização de atividades educativas para a adesão ao tratamento medicamentoso da Farmácia Popular, estratificação de risco e capacitações da equipe multidisciplinar da UBS. Ao final da intervenção, 347 usuários com HAS e 48 usuários com DM foram cadastrados no programa, 95,7% dos usuários com HAS e 97,9% dos usuários com DM realizaram exame clínico apropriado, 98,8% e 100% dos usuários com HAS e usuários com DM utilizavam medicamentos da farmácia popular / HIPERDIA e mais de 95% receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de exercícios, os riscos do tabagismo e higiene bucal nas atividades individual e de grupo. Espera-se que a gestão central apoie e fortaleça este tipo de oportunidade para os demais profissionais e a comunidade, que seja estabelecida uma rotina de supervisão das atividades compartilhada com a equipe de saúde e voltada às demandas da população, e que a comunidade se aproprie da proposta, contribuindo assim com sua continuidade e aperfeiçoamento.

Palavras-Chaves: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Estudos de Intervenção. Doenças Crônicas não Transmissíveis. Hipertensão. Diabetes.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS	62
Figura 2	Gráfico de Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS	63
Figura 3	Gráfico de Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	64
Figura 4	Gráfico de Proporção de diabético com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	64
Figura 5	Gráfico de Proporção de hipertensos com exames complementares em dia da UBS	66
Figura 6	Gráfico de Proporção de hipertensos com exames complementares em dia da UBS	66
Figura 7	Gráfico de Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia da UBS	67
Figura 8	Gráfico de Proporção de hipertensos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na UBS	68
Figura 9	Gráfico de Proporção de diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na UBS	69
Figura 10	Gráfico de Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS	70
Figura 11	Gráfico de Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS	70
Figura 12	Gráfico de Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS	71
Figura 13	Gráfico de Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS	72
Figura 14	Gráfico de Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS	73
Figura 15	Gráfico de Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS	73

Figura 16	Gráfico de Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS	74
Figura 17	Gráfico de Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS	75
Figura 18	Gráfico de Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS.	76
Figura 19	Gráfico de Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS.	76
Figura 20	Gráfico de Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS	78
Figura 21	Gráfico de Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS	78
Figura 22	Gráfico de Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS	79
Figura 23	Gráfico de Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS	80
Figura 24	Fotografia de Palestra sobre alimentação saudável em diabéticos da comunidade Claudinos	100
Figura 25	Fotografia de Usuários com Diabetes Mellitus da comunidade Claudinos	100
Figura 26	Fotografia de Grupo de idosos da secretaria de Assistência Social	101
Figura 27	Fotografia de palestra sobre Atividade Física com usuários Hipertensos	101

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EAB	Equipe da Atenção Básica
CA	Câncer
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleos de Apoio de Saúde da Família
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PIM	Programa Infância Melhor
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
SISAB	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TS	Tupanci do Sul
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	24
2 Análise Estratégica	25
2.1 Justificativa	25
2.2 Objetivos e metas	27
2.2.1 Objetivo geral	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas	27
2.3 Metodologia	29
2.3.1 Detalhamento das ações	29
2.3.2 Indicadores	44
2.3.3 Logística	51
2.3.4 Cronograma.....	55
3 Relatório da Intervenção.....	57
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	57
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	59
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	60
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	60
4 Avaliação da intervenção.....	61
4.1 Resultados.....	61
4.2 Discussão	80
5 Relatório da intervenção para gestores	83
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	88
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	90
Referências	92
Apêndices.....	93
Anexos	95

Apresentação

Este volume relata uma intervenção realizada no Ambulatório Municipal Tupanci do Sul, do município Tupanci do Sul/RS, única instituição de saúde da área urbana e rural do município. O objetivo geral desta intervenção foi melhorar a qualidade de atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus residentes na área de abrangência.

O presente trabalho está dividido pelas seguintes partes: A primeira parte é a Análise Situacional que teve como objetivo identificar os aspectos relacionados a Estratégia de Saúde da Família e a Atenção Primária no município, além de relatar cada uma das ações programáticas desenvolvidas na UBS. A segunda parte é a Análise Estratégica, na qual foi organizado um projeto de intervenção cujo objetivo foi melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e usuários com DM. Foram traçados os objetivos, metas, detalhamento das ações, indicadores, logística e cronograma.

A terceira parte constitui o Relatório da Intervenção que relata as ações que foram desenvolvidas, os avanços e dificuldades durante a mesma. A quarta parte é a Avaliação da Intervenção, que discute os resultados obtidos, relacionado com cada objetivo e meta traçada através de uma análise quantitativa e qualitativa. A quinta parte constitui o Relatório da Intervenção para o Gestor onde foram expostos os resultados da intervenção e as facilidades e dificuldades que foram encontradas durante a intervenção, e as ações que não foram desenvolvidas pela gestão. O sexto capítulo é o Relatório da Intervenção para a Comunidade onde foram expostos os resultados da intervenção a importância desta para a equipe e a comunidade, com engajamento necessário para a melhoria da saúde dos usuários.

Nas considerações finais consta uma Reflexão crítica sobre o meu processo pessoal de aprendizagem durante o desenvolvimento do curso. Por fim, apresenta

ainda as Referências utilizadas pra embasar cientificamente o trabalho, seguindo-se de Anexos e Apêndice.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Equipe de Saúde da Família esta localizada em Tupanci do Sul (TS), Rio Grande do Sul (RS), funcionando como a única instituição de saúde do município, Unidade Básica de Saúde (UBS), com o nome de Ambulatório Municipal Tupanci do Sul. O mesmo conta com uma infraestrutura de muita qualidade, farmácia disponibilizada com os medicamentos essenciais, sala de triagem, um consultório odontológico, sala de enfermagem, dois consultórios médicos, sala de vacinas, e uma de curativos, sala de observação, consultório psicológico, nutricional e de fisioterapia. Além disso, conta com banheiros para a população, para os funcionários, copa e sala de administração.

Contamos com os seguintes recursos humanos: dois médicos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e um pediatra, uma licenciada em enfermagem (a coordenadora da equipe), dois odontólogos e uma assistente de odontologia, quatro técnicas de enfermagem, uma farmacêutica, uma professora de educação física, a psicóloga e a nutricionista, quatro agentes comunitárias de saúde (ACS) e dois auxiliares de limpeza.

Os dados do território da equipe é uma população total de 1.661 habitantes. O número de pessoas com mais de 15 anos está em torno de 1.305, gestantes são 10, crianças menores de um ano são 15, também contamos com um número importante de doenças crônicas. Por ser um município rural os moradores se dedicam basicamente a agricultura e pecuária. Ainda enfrentamos alguns problemas de organização que estão sendo avaliados nas reuniões da equipe.

Acredito que o pessoal da UBS trabalha para dar saúde e satisfação à população do município, nesse sentido, estamos trabalhando para conhecer melhor

a população, auxiliando nas visitas domiciliares, com as ACS e as famílias, com os grupos de apoio montados pela psicóloga que desenvolve um trabalho muito importante com a população mais carente. Também estamos fazendo o cadastro da população para utilizar o prontuário eletrônico e-SUS o qual permitirá obter melhor controle de saúde das famílias. Estou muito orgulhoso do meu trabalho com a equipe, e confiante no andamento das minhas atividades.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Tupanci do Sul, situado ao norte do Estado do Rio Grande do Sul, tem uma população rural fundamentalmente com 1.661 habitantes (SISAB 2014). O Ambulatório Municipal Tupanci do Sul, unidade onde trabalho, é a única instituição de saúde que acolhe toda a população da área de abrangência municipal. A mesma tem duas equipes de trabalho - equipe da atenção básica e equipe da ESF.

A equipe da ESF disponibiliza de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) com atividade física, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, saúde da criança/adolescente/adulto jovem, saúde da mulher e assistência farmacêutica. No município por ter uma população pequena não temos serviço hospitalar e não contamos com atenção especializada, mas temos convênio com município vizinho para este serviço que fica aproximadamente a 20 km de distância, que disponibiliza de um pediatra que consulta duas vezes por mês.

As disponibilidades de exames complementares na área ocorrem em duas farmácias privadas que realizam coleta de exames, mas não é feito no município e a maioria dos exames é realizada em outro município, dificultando o processo de trabalho com a população. Quando precisamos de um exame de urgência ou quando um usuário que mora longe do centro da cidade tem que realizar coleta em municípios vizinhos para fazer o exame tem que esperar um tempo até a realização a liberação dos exames.

A unidade de saúde fica na cidade e atende toda a população rural, faz parte integralmente do Sistema Único de Saúde (SUS), não tem vínculo com as instituições de ensino médio, mas as equipes trabalham com as instituições do município na promoção e prevenção de doenças. A UBS conta com o equipamento,

material e capital humano suficiente para realizar um bom trabalho dividido em duas equipes, uma que atua na atenção básica, constituída por um médico, um odontólogo, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um nutricionista, uma farmacêutica, psicóloga e fisioterapeuta; e outra equipe de saúde da família composto por um médico, duas técnicas de enfermagem, quatro ACS, a psicóloga e fisioterapeuta que trabalham em conjunto com a equipe de atenção básica.

A estrutura física da UBS é adequada, apresenta identificação dos espaços, com fácil acessibilidade ao deslocamento livre do cidadão. Temos disponíveis várias salas e consultórios como: dois consultórios médicos, um de enfermagem, um odontológico, um psicológico e um de nutrição. Também temos uma sala de vacina, uma de curativos, uma de fisioterapia, uma de observação e inalação. Contamos com uma farmácia, uma sala de reuniões, uma de vigilância sanitária e ambiental, uma sala de acolhimento, as salas de arquivos dos prontuários e a administração.

A unidade tem rampas para cadeirantes ou idosos, não tem escadas ou degrau alto, os corredores têm boa largura, banheiros preparados para pessoas deficientes ou com incapacidade física, não têm tapetes na sala de espera, a unidade tem duas cadeiras de roda para qualquer necessidade.

A única dificuldade que percebi é que os corredores não têm corrimãos, o que diminui a acessibilidade dos usuários idosos e com alguma incapacidade física, mas não é impedimento para a boa prática clínica já que a comunidade é muito familiar e cooperadora, e sempre tem pessoas no posto a disposição de ajudar. Também não temos sala para realizar, montar ou instalar um laboratório para exames. Outra dificuldade é que não tem garagem para a ambulância e os carros da saúde, dificultando a rapidez das ações de saúde que precisem de transporte de urgência. A equipe pensou numa estratégia e enviou um projeto para a construção da garagem e a remodelação e ampliação da unidade.

No transcurso do trabalho na unidade e olhando o aperfeiçoamento da ética dos profissionais no trabalho humanizado nos atendimentos dos usuários, existe uma melhoria nos investimentos da unidade com aquisição de uma ambulância e materiais para cômodos da UBS, também tivemos um avanço considerável nos andamentos dos programas adquiridos pela unidade.

Considerando os maiores desafios e recursos que a UBS apresenta, temos que falar sobre a capacidade e vantagens que tem a unidade básica de recursos

materiais e capital humano para fazer o melhor trabalho pela população Tupanciense. O município investe muito para a satisfação da saúde de seu povo.

Os profissionais da UBS têm uma participação ativa no processo de territorialização e mapeamento da área. As equipes trabalham identificando grupos de agravos como, por exemplo, Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Tuberculose; na sinalização de grupos de mães, idosos, associações de moradores e conselho local. Apesar da identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, percebo que não existe o trabalho suficiente para esses grupos. Além da UBS, os profissionais realizam o cuidado de saúde à população no domicílio, nas escolas e em outros espaços comunitários, menos nas igrejas e indústrias.

Na unidade são realizados atendimentos de urgência e emergência, temos uma ambulância para realizar o transporte de usuários que requeiram encaminhamento de urgência. Não são feitas pequenas cirurgias, mas se realizam procedimentos de enfermagem. Os profissionais fazem cuidado domiciliar como curativos, orientações, fisioterapia e acompanhamento de problema de saúde dentre outras ações, mas não é possível fazer nebulização, vacinação, consulta de odontologia e revisão puerperal, dificultando o seguimento daqueles usuários que precisam, como as gestantes que moram distantes do posto de saúde e não tem como se movimentar nos primeiros dias do puerpério.

Temos convênios com laboratórios onde fazem coleta de exames nas casas de usuários que precisarem. Existem dificuldades com os encaminhamentos, já que não é possível fazê-los em coordenação direta com os médicos dos hospitais ou fazer acompanhamento da internação hospitalar, já que no município não tem hospitais. A prefeitura em conjunto com a secretaria de saúde tem consórcios com as clínicas privadas de outros municípios, mas não é possível o acesso por parte do médico da UBS realizar os acompanhamentos, também temos problemas com as referências e contra-referências dificultando o acompanhamento pós-internação ou consulta especializada.

As atividades de grupo na unidade são realizadas por vários profissionais, tais como, médico, psicóloga, fisioterapeuta, professora de educação física. Temos uma boa participação dos grupos de idosos, adolescentes, de mães, cuidadora e outros, promovendo a participação da comunidade no controle social. Também realizamos atividades de qualificação para gestão e atenção de saúde incluindo

todos os profissionais, estas compreendem entrevistas individuais e coletivas, como reuniões de equipes. Nessas reuniões organizamos o processo de trabalho, são discutidas as debilidades da atenção das equipes, construção da agenda, monitoramento e análise de indicadores e informações de saúde, mas não incluem discussão de casos nem qualificação clínica, o que dificulta o planejamento das ações e o trabalho com a comunidade.

Conforme já mencionado, a população de Tupanci é de 1.661 habitantes, os quais estão cadastrados na UBS. O município tem uma demografia peculiar de país desenvolvido. Temos 766 usuários masculinos e 895 femininos, a pouca população adstrita na área de saúde permite o melhor desempenho das equipes em relação ao trabalho assistencial, já que não temos excesso de demanda espontânea.

As equipes têm como estratégia as visitas aos usuários que estão com problemas de saúde crônicos, deficientes e aqueles que precisam por questões de saúde. Também a implantação e execução de programas que permitam melhor acessibilidade aos processos de atendimento de doenças crônicas, incapacidade, atenção à mulher e a criança, ao idoso e prevenção de câncer de mama e colo de útero.

Na unidade de saúde não temos excesso de demanda espontânea, permitindo melhor acolhimento da população, facilitando os procedimentos médicos e de enfermagem, administrativos, de agendamento de consultas, exames e encaminhamentos. O acolhimento é realizado na recepção em uma sala específica para este fim, todos os dias de atendimento em dois turnos (de manhã e a tarde) e é feito pela recepcionista, técnicos de enfermagem e os demais profissionais de acordo com as equipes organizadas de forma mista (equipe de referência e equipe do dia).

Os usuários que chegam a UBS têm suas necessidades acolhidas, atendidos e avaliados nos primeiros 15 minutos da sua chegada. A avaliação e classificação do risco biológico e da vulnerabilidade social para definir o encaminhamento da demanda do usuário são feitas por protocolos do Ministério da Saúde (MS). Quando o usuário solicita atendimento, seja por algum problema agudo de saúde ou outra questão não aguda, é atendido pela enfermeira ou outro profissional no dia.

O processo de trabalho para o apoio da atenção a saúde da criança tem uma importância primordial, utilizamos os programas de puericultura, Sistema de

Vigilância Nutricional (SISVAN), Programa da Infância Melhor (PIM), Vitamina A, Programa de Saúde na Escola (PSE). As ações de puericultura são realizadas para as crianças de zero ao sexto ano de vida por um pediatra contratado que faz as consultas uma vez por semana, quarta-feira no horário da tarde.

São avaliados todos os parâmetros indispensáveis para um bom desenvolvimento psicomotor e desenvolvidas ações de diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, de saúde bucal e mental, imunizações, prevenção de anemia e de violência, promoção do aleitamento materno e nutrição saudável. Não realizamos teste do pezinho nem da orelhinha, mas temos convênios com outros municípios onde são encaminhados, transportados pela secretaria de saúde e realizados os testes nas unidades conveniadas.

O atendimento das crianças da área de abrangência é feito na UBS, por demanda espontânea ou programada, são atendidos independentemente da idade ou endereço. Em caso de encaminhamento para outro serviço, temos utilizado os protocolos do MS, da secretaria estadual ou municipal de saúde e da equipe de saúde, respectivamente. Os atendimentos são registrados no prontuário eletrônico do e-SUS e nas fichas de atendimento de cada profissional. Na UBS não existe arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura o que dificulta o trabalho de revisão e verificação de crianças faltosas, identificação de procedimentos em atraso ou crianças em risco e avaliação de qualidade do programa.

Nas consultas a caderneta da criança é preenchida com os dados dos atendimentos, mas não é feito com sistematização e não temos um planejamento, gestão e coordenação nas reuniões com a prioridade definida. A avaliação da criança é realizada nos primeiros meses de vida, mas não tem sistematização ou a qualidade requerida. Existe o Programa Bolsa Família do governo federal que tem como responsável a assistente social e a enfermeira.

São realizadas atividades de grupo com as mães na unidade, através do no programa PIM desenvolvido no estado do Rio Grande do Sul, que tem como objetivo o trabalho com as mães e crianças de 0-6 anos. O trabalho é feito com troca de informações, palestras, cuidados gerais das crianças e o acompanhamento médico, se precisarem, acompanhamento odontológico, psicológico e atividade física.

Na unidade estamos com uma cobertura de 85% para esta ação programática, acompanhando 17 crianças menores de 1 ano na área de

abrangência de um total de 20 crianças estimadas. Nos indicadores de qualidade temos: 65% de consultas em dia, 35% de atrasos com a consulta agendada em mais de 7 dias, perfazendo 6 usuários, 100% do teste do pezinho até 7 dias, 82% de consulta de puericultura nos primeiros 7 dias de vida, totalizando 14 usuários atendidos, triagem auditiva, monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta e vacinas em dia atingindo 100%.

A atenção pré-natal é feita com base nos protocolos padronizados pelo MS e em coordenação com o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) e Rede Cegonha. O atendimento é realizado todos os dias da semana em todos os turnos. Todas as gestantes que são atendidas na unidade são da área de cobertura da UBS. O atendimento é feito de acordo com os programas, pela assistente social quando necessita, pelo educador físico, nutricionista, odontólogo, psicólogo e o médico geral e de família.

Ainda não existe a possibilidade do médico ginecologista-obstetra atender as gestantes da área porque não contamos com esse serviço por falta de especialista, mas se a gestante precisar é encaminhada para outro município. As consultas são programadas e agendadas no mesmo dia, as gestantes com problemas agudos são atendidas, sejam ou não da área de abrangência da UBS.

Na unidade de saúde são desenvolvidas ações de saúde para o cuidado das gestantes, como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, de saúde bucal e mental, controle do câncer de colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção de aleitamento materno, atividade física e hábitos alimentares saudáveis. Os profissionais de saúde utilizam os protocolos para avaliar o risco gestacional, regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico e formulário especial do pré-natal.

No ambulatório existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos as gestantes, o qual é revisado periodicamente pelos médicos e enfermeiras das equipes com o objetivo de verificar gestantes faltosas, em data provável de parto, com pré-natal de risco e avaliar a qualidade do programa. Na unidade se realiza atividades de grupo com as gestantes onde participam todos os profissionais seguindo o tema em diálogo.

Segundo os dados das fontes utilizadas pelos profissionais, para realizar avaliação e monitoramento do programa de pré-natal, tais como, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistemas de informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), registros específicos do pré-natal e o prontuário, as taxas de mortalidade infantil e materna na área deste ano estão em zero e as gestantes têm uma boa qualificação dos atendimentos feitos pela UBS.

Não posso realizar uma avaliação certa dos atendimentos médicos porque no meu caso ainda não fiz atendimento pré-natal e o médico clínico geral que atua na atenção básica é quem avalia as gestantes da área, no momento, mas tenho certeza que o trabalho feito pelas equipes está se equilibrando a demanda das gestantes da área.

Na UBS a cobertura do pré-natal está em torno de 36% o que equivale a nove gestantes, sendo que o número estimado da área são 24 gestantes para o total da população. Os indicadores de qualidade são avaliados em 100% da atenção pré-natal, exceto gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre e prescrição do suplemento de sulfato ferroso, conforme o protocolo de atenção, que encontra-se com 89%, representando 8 gestantes.

O número estimado de partos nos últimos 12 meses, pelo caderno de ações programáticas, são de 20 puérperas, mas atualmente apresentamos uma cobertura de 75%, equivalendo a 15 puérperas. As consultas do puerpério antes dos 42 dias ocorreram somente para 11 puérperas, perfazendo um indicador de 73%. Todos os outros indicadores de qualidade, tais como, registro da consulta puerperal, orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo, orientação sobre planejamento familiar, exame das mamas, do abdome realização de exame ginecológico e avaliação do estado psíquico foram realizados para todas as puérperas, totalizando 100%.

O controle de câncer de colo de útero e de mama é um tema muito importante para saúde da mulher, pois hoje é uma das causas mais frequentes de morte por estas doenças de tipo não infecciosas. No ambulatório têm organizado um trabalho de promoção e prevenção de tais doenças, fazemos os preventivos de colo de útero na própria unidade, padronizando um dia na semana para as consultas, as quais são agendadas e feitas pela enfermeira, a qual utiliza os protocolos do MS e das secretarias estadual e municipal de saúde, respectivamente.

As coletassãõ enviadas a outra cidade para serem avaliadas e os resultados retornam a nossa unidade no prazo de 30 dias. Se o resultado for positivo para alguma doença, as usuárias sãõ consultadas pelo médico e no caso positivo de lesãõ por neoplasia é encaminhada para o especialista e as consultas sãõ agendadas até 60 dias, sendo acompanhadas no seu tratamento pela ESF. Fazemos pesquisa a toda mulher de 25 a 64 anos e a todas aquelas menores de 25 anos sexualmente ativas. Também fazemos ações de promoção com todas as mulheres que fazem preventivo na área e aquelas que não fazem na unidade e sim em outras áreas ou consultórios particulares, estimulando o uso do preservativo. Todos os resultados dos exames sãõ avaliados e monitorados pelo Sistema de Informaçãõ do câncr do colo do útero (SISCOLO) e também preenchidos no prontuário clínic da unidade.

A unidade tem 511 mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, o qual representa 100% de cobertura. Os indicadores de qualidade sãõ: temos 467 exames citopatolgico para câncr de colo de útero em dia, representando 91,38%, 22 mulheres com exames citopatolgico para câncr de colo de útero com mais de seis meses de atraso, totalizando 4,3% e nenhum exame citopatolgico para câncr de colo de útero alterado. Tivemos 508 mulheres que receberam orientação sobre prevenção de CA de colo de útero sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), totalizando 99,41% e 465 mulheres tiveram exames coletados com amostras satisfatórias totalizando 90,99%.

Na UBS também fazemos o rastreamento do câncr de mama na mulher, realizando ações de educação e do reconhecimento dos sintomas desta doença, em forma de atividades de grupo, palestras, nas visitas domiciliares e na consulta individual, feitas pelo médico e as enfermeiras. Individualizamos a aprendizagem do autoexame das mamas a toda mulher consultada. Também fazemos rastreamento por exame clínic e mamografia utilizando os protocolos atualizados do MS e da secretaria de saúde a toda mulher entre os 50 e 69 anos e aquelas que apresentarem ou forem à consulta com sintomas ou signos da doença.

Os exames clínicos sãõ feitos por consultas agendadas pela enfermeira coordenadora do programa SIAB e as mamografias também agendadas e realizadas em outro município conveniado pelas secretarias de saúde. No caso de achados positivos nos relatórios dos exames clínicos e as mamografias, as usuárias sãõ

avaliadas clinicamente e encaminhadas ao especialista. Ainda se forem diagnosticadas com algum processo maligno são monitoradas pela ESF.

Na UBS temos uma cobertura de 100% em relação as mulheres avaliadas na faixa etária de 50-69 anos. A população compreendida na área de abrangência é de 231, representando 100% de cobertura. Os indicadores de qualidade estão: temos 231 mulheres com mamografia em dia, representando 100%, mamografia com mais de três meses em atraso compreende 31 mulheres, totalizando 13,41% e todas as mulheres receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama, totalizando 100%. Como a UBS tem uma população menor de 1.700 habitantes, na área de abrangência não resultam difíceis o monitoramento e controle destas doenças, mas acredito que ainda falta muito trabalho em educação dos usuários em relação aos hábitos higiênico-dietéticos e na promoção de estilo de vida saudáveis.

Com o surgimento dos antibióticos e do controle das doenças infecciosas tem surgido um novo grupo de doenças que estão ligadas ao desenvolvimento econômico-social alcançado pelo mundo, estas são as doenças crônicas, entre elas as cardiovasculares e endócrinas, como HAS e DM. Na unidade, está sendo desenvolvido um trabalho com os usuários portadores de doenças crônicas que alcança um nível de atenção determinado pelas equipes de saúde ao resolver os problemas fundamentais dos usuários, mas ainda é pouco o que fazemos para melhorar a qualidade de saúde da nossa população.

São realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, de controle de peso corporal, de prática de atividade física regular e ações de orientação sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, tabaco e açúcares para os usuários portadores de HAS e DM. Trabalhamos, fundamentalmente, com os usuários sobrepeso e obesos, dando-lhes orientações nutricionais em conjunto com a nutricionista e a psicóloga. Também implantamos na área em conjunto com a assistência social e os professores de educação física, grupos de dança, mas não é suficiente porque são profissionais contratados e o tempo é insuficiente para que o trabalho seja feito com boa qualidade. Na unidade realizam-se o atendimento para todos os usuários da área de cobertura, portadores das doenças antes mencionadas, todos os dias da semana, em todos os turnos de trabalho.

Não temos excesso de demanda espontânea e os usuários que não são da área de abrangência e precisam de atendimento médico são atendidos sem problema. Os profissionais fazem os atendimentos baseados nos protocolos da

UBS, onde se realizam ações de diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal e mental, tratamento de obesidade, sedentarismo e tabagismo. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico eletrônico de e-SUS, em outros formulários ou fichas de atendimento odontológico, nutricional e de vacinas.

Na maioria das consultas se avalia o risco cardiovascular com o usuário portador da doença, mas não existe registro se realmente foi feito ou não. Nas reuniões não são debatidas questões sobre o planejamento, gestão e coordenação de programas para melhorar os atendimentos de adultos com HAS e DM e de como prevenir estas doenças. Mas tenho compreendido o trabalho que fazem as ACS com os usuários portadores de HAS e DM, os processos de promoção e prevenção destas doenças. As ACS são as que levam um registro específico onde tem todos os usuários visitados por elas, o qual é atualizado de forma mensal.

Temos uma cobertura de 85%, com 317 usuários com HAS, sendo que a estimativa apresentada está em torno de 371. Os indicadores de qualidade estão abaixo de 50%. Exemplo: 15% de realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos compreendendo 48 usuários; 47% de orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável, totalizando 150 usuários.

No caso dos usuários com DM temos uma cobertura de 37% na área de abrangência com 39 usuários cadastrados, contudo, a estimativa para essa população está em torno de 106. Os indicadores de qualidade também encontram-se abaixo do esperado. Exemplo: 28% dos usuários possuem avaliação clínica do risco cardiovascular, equivalendo a 11 usuários, 100% de exames complementares periódicos em dia e orientação de prática de atividade física e nutricional, 28% dos usuários possuem exame físico dos pés, palpação do pulso e medida de sensibilidade nos últimos três meses e 56% dos usuários possuem avaliação de saúde bucal, perfazendo 22 usuários.

Estamos trabalhando com os cadastros individuais para nos incluir no sistema de governo E-SUS o qual acredito que seja uma ferramenta para facilitar nosso trabalho e ter maior controle das doenças cardiovasculares e endócrinas, evitando os riscos de morbimortalidade a nossos usuários.

No município temos uma população em envelhecimento progressivo segundo a pirâmide populacional, o qual significa que temos mais idosos com riscos

de perda da capacidade funcional, de visão, de deambulação e também diminuição da autonomia e aumento de doenças crônicas, fundamentalmente, as cardiovasculares e mentais.

Realizamos atendimento a uma população de 417 usuários maiores de 60 anos todos os dias e em todos os turnos de trabalho a partir da demanda espontânea. Também fazemos atendimentos a toda demanda de idosos fora da área de abrangência. Os idosos são atendidos por um grupo multiprofissional composto por dois médicos, dois cirurgiões dentistas, uma enfermeira, uma psicóloga, uma educadora física, uma nutricionista e técnicas de enfermagem. Oferecemos atendimentos para idosos com problemas de saúde e não temos problemas com excesso de demanda.

Desenvolvemos ações de imunizações, promoção de atividades físicas, hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal e mental, diagnósticos e tratamento de problemas clínicos, obesidade, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, nas fichas de atendimento odontológico, nutricional e de saúde mental e nas fichas de vacinas. Também usamos o prontuário eletrônico do e-SUS o qual está sendo adequado às necessidades da unidade de saúde.

Os profissionais realizam cuidados domiciliares aos usuários idosos que precisam, geralmente o médico e enfermeira, psicóloga e fisioterapeuta. O médico e enfermeira dedicam-se ao planejamento e gestão das ações dispensadas aos idosos. Retroalimentamo-nos dos programas SIAB e o prontuário clínico para o planejamento, avaliação e ao monitoramento das ações dispensadas aos idosos.

Ainda com todas estas ofertas de saúde para a população idosa temos muitos problemas. Não temos protocolos de atendimento para os idosos, nem para regular o acesso dos mesmos a outros sistemas de saúde, não temos um programa de atenção ao idoso, nem arquivo onde podemos verificar idosos faltosos, procedimentos em atraso ou avaliar a qualidade dos atendimentos. Temos usado a caderneta de saúde do idoso, mas poucas vezes é preenchida a avaliação do risco. Os profissionais da saúde às vezes avaliam a capacidade funcional global do idoso, mas sempre explicam a eles ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência, tais como a HAS, DM e depressão.

Na UBS não realizamos reuniões para o planejamento das ações de saúde do idoso, mas nas reuniões de trabalho do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) são abordadas as questões de trabalho para qualificar a saúde do idoso.

Estamos trabalhando com dois grupos de idosos da comunidade, mas não podemos dar cobertura total aos nossos 417 idosos, porque este grupo da terceira idade é fechado e, às vezes, por questões políticas nem todos os idosos são aceitos no grupo. Ainda assim, trabalhamos com estes grupos fazendo palestras, atividades de saúde mental, nutrição, educação física e reabilitação. Temos uma cobertura de idosos de 100%, com indicadores de qualidade relacionados a acompanhamento em dia, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação para atividade física regular e orientação sobre saúde bucal em 100%. Não realizamos avaliação multidimensional proposto pelo MS e não realizamos investigação dos indicadores de fragilização da velhice.

O sistema odontológico tem capacidade para atender toda população da área de abrangência. Dispomos de um consultório com uma cadeira odontológica, dois cirurgiões dentistas (um de 20h e outro de 40h) e um técnico/auxiliar de consultório dentário. A equipe conta com material cirúrgico suficiente. O trabalho é feito todos os dias da semana em dois turnos. As consultas são agendadas, os usuários que precisam continuar tratamento terminam as consultas com o próximo agendamento marcado. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico. Os dois odontólogos realizam mais de 200 procedimentos por mês, como média.

A UBS tem implantado o programa saúde bucal e os profissionais trabalham com os protocolos da unidade. Também é feito um trabalho em conjunto com os demais profissionais médico e paramédicos da unidade, realizando ações de saúde bucal a toda população, priorizando as crianças, gestantes e idosos. Trabalham na promoção de saúde bucal fora da unidade, nas escolas, comunidades e no local de trabalho da prefeitura, fazendo palestras sobre o cuidado dos dentes e prótese dentária.

Temos um registro de agendamento onde são avaliados os procedimentos clínico-cirúrgicos dos pacientes, mas é insuficiente a forma de registro, não permitindo o preenchimento de algumas ações, relata um dos odontólogos que nunca pediram essa forma de estatística. Olhando o caderno de ações programáticas, a média de procedimentos clínicos por habitante/mês da UBS em

relação a sua capacidade instalada e em relação ao preconizado pelo MS é de 1,5%, com 207 procedimentos por mês.

Percebo que na unidade realiza-se um bom serviço odontológico, mas precisa mais organização dos prontuário. Criar um arquivo onde se pode controlar, avaliar e identificar os procedimentos com caráter mensal, além de melhorar a qualidade dos atendimentos.

Considerando os maiores desafios e recursos que a UBS apresenta, temos que falar sobre a capacidade e vantagens que tem a unidade básica de recursos materiais e capital humano para fazer o melhor trabalho pela população Tupanciense. O município investe muito para a satisfação da saúde de seu povo.

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

O processo de organização da Análise Situacional e a organização do relatório final ajudaram-me a conhecer mais sobre a realidade da UBS onde trabalho, entretanto ainda necessito aprofundar mais sobre o conhecimento da saúde pública no Brasil, no estado Rio Grande do Sul e na região araucária da 6ª coordenadoria de saúde. Também foi muito importante a troca de experiências com toda a equipe e a comunidade. Acredito que este relatório é a base fundamental para alcançar metas de trabalho superior e desenvolver melhores políticas e práticas de saúde para nossa população.

Temos muito que refletir com a equipe, pois muitas das questões levantadas durante a realização da análise situacional foram difíceis de responder pela fragilidade nos registros estatísticos da unidade. Nota-se também que não há o conhecimento de políticas públicas e nem dos protocolos de atendimento em saúde, bem como da organização de dados estatísticos da unidade em algum sistema oficial de registro. O MS deveria ter um programa onde se pudessem obter informações adequadas dos dados cadastrais e estatísticos das unidades de saúde. Esperamos que o E-sus, programa que está sendo implantado na UBS, consiga atender as demandas da equipe no que concerne as informações referente as ações realizadas na Unidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus são doenças crônicas não transmissíveis que frequentemente mais causam danos à saúde da população em todo o mundo. São os fatores de risco mais ligados ao desenvolvimento de outras doenças, principalmente doença cardíaca isquêmica, cerebrovascular, insuficiência cardíaca, renal e está ligada significativamente na retinopatia (BRASIL, 2013).

A HAS ocorre quando os níveis de pressão das artérias estão acima de 140 mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) e 90 mmHg na pressão arterial diastólica (PAD), ou quando a pressão sistólica inferior a 140 mmHg e pressão diastólica de 90 mmHg sobre tratamento com medicamentos hipotensores, definição que aplica-se aos adultos maiores de 18 anos (BRASIL, 2013).

A DM é um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, causado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo dos carboidratos, proteínas e gorduras, resultante de defeitos da secreção ou da ação de insulina. Estas doenças afetam cerca de 30% e 6% da população respectivamente no Brasil, enquanto a associação destas é de aproximadamente 3%. Estima-se que a DM tem taxa de mortalidade de 12 por mil habitantes e 37% nas doenças cardiovasculares incluindo a HAS. (BRASIL, 2013). Esta situação nos leva a refletir porque na atenção primária à saúde é importante o trabalho de promoção e prevenção destas doenças, tema que é considerado sensível para as populações a nível mundial.

A unidade básica onde trabalho, situada no município Tupanci do Sul, estado Rio Grande do Sul, tem uma estrutura física com capacidade para o atendimento da população da área de abrangência, equipada com consultórios médicos, odontológicos, de enfermagem, nutrição e psicologia; salas de vacinação,

curativos, vigilância sanitária e ambiental, fisioterapia e farmácia; além disso, as salas administrativas, almoxarifado, etc. A unidade tem material clínico suficiente para realizar o trabalho no dia a dia. As equipes de trabalho são: Equipe de Atenção Básica (EAB) que conta com médico, uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem e uma ESF no qual eu atuo como médico, um odontólogo, duas técnicas de enfermagem e quatro ACS.

Temos uma população adstrita de 1.661 usuários na área de abrangência, com uma quantidade de usuários cadastrados com doenças crônicas aproximadamente de 39 com DM e 317 usuários com HAS representando uma cobertura de 37% com DM e 85% para usuários com hipertensão. Os usuários são acompanhados através das consultas, entrevistas e visitas domiciliares realizadas pelas ACS, enfermeiras e médicos, também na realização dos cadastros individuais, familiares e nos rastreamentos feitos nas feiras comunitárias.

Em relação à qualidade da atenção, os médicos realizam consultas a todos os usuários que visitam a UBS sendo realizadas avaliações clínicas e laboratoriais aos usuários atendidos, mas não existe um arquivo na unidade onde possa ser avaliada a qualidade das consultas, onde se tenha registro dos usuários identificados como faltosos, não temos constância da avaliação realizada para risco cardiovascular.

A equipe oferece ações de promoção nutricional e prática de exercício físico a população do município, que inclui a população alvo, realizando palestras, durante os atendimentos, nas atividades comunitárias, divulgando os processos de mudanças para melhorar estilo de vida na rádio comunitária. Também se trabalha nos grupos de apoio de HAS e DM, mas ainda é insuficiente o trabalho realizado pela pouca cobertura da população alvo.

Realizar um projeto de intervenção sobre HAS e DM na UBS onde trabalho é importante porque temos demonstrado que tais doenças afetam um grupo importante de nossa população, são doenças crônicas com grande mortalidade que atingem órgãos alvo vitais deixando sequelas, incapacidades físicas e transtornos familiares. A unidade de saúde tem uma população fundamentalmente rural onde tem demonstrado a pouca cobertura para HAS e DM e pouca qualidade dos atendimentos.

Estamos realizando uma proposta de integração e envolvimento da equipe neste tema para guiar um trabalho permanente que facilite a melhoria da qualidade

de vida dos usuários e da família. Temos como principal dificuldade para o desenvolvimento do projeto a disposição dos integrantes da equipe, o deslocamento para áreas de difícil acesso e a falta de uma enfermeira disponível na equipe em tempo integral. A realização da intervenção será possível pelos conhecimentos e manejos que tem a equipe sobre a população alvo da ação programática em estudo, o qual incidirá, consideravelmente, no estilo de vida dos usuários, garantindo melhor qualidade e esperança de vida.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ambulatório Municipal Tupanci do Sul, Tupanci do Sul/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

Meta 1.1 Cadastrar 90% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 70% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção á usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado aos 100% dos usuários hipertensos cadastrados.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado aos 100% dos usuários diabéticos cadastrados.

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

Meta 2.4 Realizar exame clínico apropriado aos 100% dos usuários diabéticos cadastrados.

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

Meta 6.3 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes usuários hipertensos.

Meta 6.4 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses na UBS Ambulatório Municipal Tupanci do Sul. Serão convidados a participar os usuários com HAS e/ou DM que se encontram dentro da faixa etária recomendada pelo MS pertencente à área de abrangência da UBS, atendidos pela equipe da ESF.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

Meta 1.1 Cadastrar 90% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 70% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação.

Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos inseridos no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento da ação: O cadastro será realizado nas fichas de acompanhamento e prontuário eletrônico, semanalmente, pelos profissionais médico e enfermeira.

Organização da gestão do serviço.

Ações: Garantir o registro dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, melhorar o acolhimento dos usuários com hipertensão e diabetes e garantir o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial.

Detalhamento das ações: Os registros ocorrerão no momento dos atendimentos realizados pelo médico, enfermeira e/ou ACS, quando necessário. O acolhimento será realizado na sala de recepção pelas técnicas de enfermagem. Os materiais para a tomada de pressão como: esfigmomanômetro de manguito e digital, serão garantidos pela secretaria de saúde, tendo como responsável a enfermeira.

Engajamento público

Ações: Informar a comunidade sobre a existência do programa de Hipertensão e Diabetes na unidade de saúde e sobre a importância de medir a pressão arterial no mínimo uma vez por ano, a partir dos 18 anos. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial maior que 135/80 mmHg, sobre o conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes e os sintomas característicos de tais doenças.

Detalhamento das ações: O médico, as enfermeiras e as ACS informarão a comunidade sobre a existência do programa de Hipertensão e Diabetes na unidade de saúde, mediante a realização de palestras, visitas domiciliares e consultas individuais, com frequência semanal.

Qualificação da prática clínica.

Ações: Capacitar os ACS para o cadastramento de usuários hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Será também realizada capacitação para a equipe sobre a verificação da pressão arterial de forma adequada, incluindo uso adequado do esfigmomanômetros e o manguito, também para a realização do hemo-glico-teste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento das ações: O médico e/ou enfermeira farão a capacitação das técnicas de enfermagem e das ACS sobre o cadastramento dos usuários e para a aferição da pressão arterial e do uso adequado dos instrumentos de medição. A capacitação será no salão de reuniões da unidade de saúde, com frequência semanal durante as primeiras duas semanas da intervenção.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado a 100% dos usuários hipertensos cadastrados.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado a 100% dos usuários diabéticos cadastrados.

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento da ação: Através dos registros do médico e/ou enfermeira que realizarão o atendimento.

Organização dos serviços.

Ações: Definir atribuições individuais no exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos, capacitar os profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade e dispor de atualizações do protocolo impresso na unidade.

Detalhamento das ações: O médico fará o exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos e capacitará os demais profissionais de acordo com os protocolos atualizados adotados pela unidade. O exame clínico será realizado com frequência diária durante a intervenção segundo acolhimento e/ou agendamento dos usuários, a capacitação dos profissionais será realizada semanalmente nas primeiras duas semanas da intervenção.

Engajamento público

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

Detalhamento da ação: O médico e as enfermeiras farão orientação dos usuários e a comunidade sobre o risco de doenças decorrentes de hipertensão e do diabetes e a importância dos cuidados, mediante palestras, nas visitas domiciliares e consultas individuais; com frequência semanal.

Qualificação da prática clínica.

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento da ação: O médico realizará capacitação da equipe, sobre HAS e DM usando os protocolos atualizados da unidade de saúde. A capacitação será no salão de reuniões da unidade de saúde, com frequência semanal durante as primeiras duas semanas da intervenção.

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

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

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento da ação: O médico e as enfermeiras farão o monitoramento dos usuários com exames solicitados em dia de acordo com o protocolo adotado pela unidade de saúde, com frequência diária de acordo com o acolhimento e/ou agendamento prévio dos usuários.

Organização e gestão do serviço

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados.

Detalhamento das ações: O médico junto ao gestor municipal deverão garantir a solicitação e agilidade para a realização de exames complementares a usuários hipertensos e diabéticos, com frequência diária de acordo com o acolhimento e/ou agendamento prévio dos usuários, além disso, a disponibilidade de recursos da secretaria de saúde.

Engajamento público

Ações: Orientar os usuários hipertensos e diabéticos a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento das ações: O médico e a enfermeira devem orientar os pacientes sobre a necessidade e periodicidade da realização de exames complementares, mediante a realização de palestras, nos grupos de apoio, nas visitas domiciliares e nas consulta individuais. Será realizado com frequência semanal.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da ação: O médico realizará capacitação da equipe sobre a solicitação de exames complementares seguindo os protocolos adotados pela unidade, na sala de reuniões da unidade. . A capacitação será no salão de reuniões da unidade de saúde, com frequência semanal durante as primeiras duas semanas da intervenção.

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

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

Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento da ação: O médico junto à enfermeira deve formar parceria com a Farmácia Popular para monitorar o acesso aos medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes. Será realizada reunião com a farmacêutica do município todos os meses durante o período da intervenção.

Organização e gestão do serviço.

Ações: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações: O médico e a farmacêutica farão um registro das necessidades de medicamentos dos usuários hipertensos e diabéticos em parceria com a farmácia popular, realizando o controle de estoque de medicamentos dos hipertensos cadastrados, todos os meses durante o período da intervenção.

Engajamento público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possível alternativa para obter este acesso.

Detalhamento da ação: O médico, a enfermeira e as agentes comunitárias orientarão os pacientes e comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e a alternativa para obter este acesso. A

orientação se realizará em palestras, em as visitas domiciliares, com os grupos de apoio e nas consultas individuais, com frequência semanal.

Qualificação da prática clínica

Ações: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento das ações: O médico realizará capacitação da equipe sobre tratamento atualizado da hipertensão e diabetes para orientar os usuários sobre alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular, com frequência semanal durante as duas primeiras semanas da intervenção.

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os usuários hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação: O médico realizará exame clínico bucal e fará um registro para monitorar os usuários hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico, diariamente durante as consultas agendadas e/ou prévio acolhimento da demanda espontânea.

Organização e gestão do serviço

Ações: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. Organizar parcerias com odontólogos para agendar (se possível) a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos avaliados com necessidade de atendimento.

Detalhamento das ações: O médico junto ao gestor organizarão parcerias com odontólogos para agendar a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos avaliados com necessidade de atendimento odontológico. Será realizado todas de forma semana durante as duas primeiras semanas da intervenção.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: O médico em parceria com os odontólogos orientarão a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos usuários hipertensos e diabéticos, realizando palestras, nas visitas domiciliares e nas consultas individuais. Será realizado de forma semanal.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: O médico em parceria com os odontólogos realizarão capacitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, com uma frequência semanal durante as duas primeiras semanas da intervenção.

Objetivo 3. Melhorar a Adesão de usuários hipertensos e diabéticos ao programa.

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas dos usuários hipertensos e diabéticos, previstas no protocolo (retrazo).

Detalhamento da ação: O médico e a enfermeira realizarão monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas em retrazo dos usuários hipertensos, será realizado semanalmente nas reuniões da equipe.

Organização e gestão do serviço

Ações: Organizar visitas domiciliares para buscar os usuários que não assistem a consulta. Organizar a agenda para acolher os usuários hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento das ações: O médico e a enfermeira junto as ACS organizarão as visitas domiciliares para buscar os pacientes faltosos e agendamento das consultas para acolher os usuários hipertensos e diabéticos faltosos, serão realizados semanalmente.

Engajamento público.

Ações: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de usuários hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento das ações: O médico informará a comunidade e as pessoas portadoras de hipertensão e diabetes sobre a importância de realização das consultas e a periodicidade preconizada nos protocolos, nas palestras nas visitas domiciliares e nas consultas individuais. Serão realizados semanalmente.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os agentes comunitários de saúde para a orientação de usuários hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento da ação: O médico realizará capacitação dos ACS para orientar os usuários hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade preconizada nos protocolos de atendimento. A capacitação será realizada nas duas primeiras semanas da intervenção.

Objetivo 4. Manter ficha de acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos registrados na unidade de saúde.

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

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

Monitoramento e Avaliação.

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

Detalhamento da ação: O médico e a enfermeira realizarão monitoramento da qualidade dos registros de usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, com frequência semanal nas reuniões da equipe.

Organização e gestão do serviço

Ações: Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar a ficha de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento das ações: O médico e as enfermeiras coordenarão a manutenção das informações atualizadas, organizarão um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto a situações clínicas pontuais da doença (atraso nos acompanhamentos, estratificação do risco, comprometimento de órgão alvo e estado de compensação da doença). O registros serão organizados no prontuário eletrônico e na ficha de acompanhamento individual diariamente e serão atualizados de forma semanal.

Engajamento público

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

Detalhamento da ação: O médico e a enfermeira orientarão a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde com frequência semanal.

Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento das ações: O médico capacitará a equipe de saúde quanto a preenchimento adequado dos registros e os procedimentos clínicos em todas as consultas.

Objetivo 5. Realizar avaliação e estratificação de risco cardiovascular dos usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: O médico realizará monitoramento de usuários com hipertensão e diabetes com realização de verificação da estratificação de risco pelo menos uma vez por ano.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da ação: O médico e a enfermeira priorizarão o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco cardiovascular e organizarão a agenda para o atendimento desta demanda, com frequência semanal.

Engajamento público

Ações: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, realização de atividade física, tabagismo, alcoolismo).

Detalhamento das ações: O médico e a enfermeira realizarão palestras para esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, com frequência semanal.

Qualificação da prática clínica.

Ações: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento das ações: O médico realizará capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo escore de Framingham, a importância do registro desta avaliação e quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, envolvendo fundamentalmente a nutricionista, educador físico e enfermeiras. Será realizado com frequência semanal nas duas primeiras semanas da intervenção.

Objetivo 6. Realizar Ações de promoção da saúde dos usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: O médico e a enfermeira realizarão monitoramento e avaliação da orientação nutricional aos usuários hipertensos e diabéticos, com frequência semanal.

Organização e gestão do serviço

Ações: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento das ações: O médico e a enfermeira organizarão práticas coletiva de alimentação saudável envolvendo a nutricionista da equipe, semanalmente. O médico realizará demanda ao gestor para estabelecer parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade, na primeira semana da intervenção.

Engajamento público

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

Detalhamento da ação: O médico realizará orientação a usuários hipertensos e diabéticos seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, nas consultas individuais e visitas familiares, diariamente.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento da ação: O médico em parceria com a nutricionista farão capacitação da equipe sobre prática de alimentação saudável, com frequência semanal nas duas primeiras semanas da intervenção.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: O médico e a enfermeira realizarão monitoramento para orientação de atividade física regular aos usuários hipertensos e diabéticos, semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ações: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento das ações: O médico e a enfermeira em parceria com a educadora física da unidade organizarão grupos de usuários hipertensos e diabéticos, práticas coletivas para orientação de atividade física, semanalmente.

Organizarão junto ao gestor parcerias com outras instituições para envolver educadores físicos nesta atividade, na primeira semana da intervenção e darão continuidade mensalmente.

Engajamento público.

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

Detalhamento da ação: O médico realizará orientação a hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física, mediante palestras, nas consultas individuais e nas visitas familiares, diariamente.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da ação: O médico em parceria com a educadora física da unidade capacitarão e equipe de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular, na primeira semana da intervenção.

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

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

Monitoramento a avaliação.

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: O médico e a enfermeira realizarão monitoramento da orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários hipertensos e diabéticos, semanalmente.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da ação: O médico junto ao gestor avaliará a possibilidade de compra de medicamento para o tratamento de abandono ao tabagismo. Será realizado nas primeiras duas semanas da intervenção na reunião da equipe.

Engajamento público

Ação: Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento da ação: O médico realizará orientação aos hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a importância do abandono do tabagismo e a existência de medicamentos para ajudar ao abandono, diariamente.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

Detalhamento da ação: O médico realizará capacitação da equipe para ajudar no tratamento de usuários tabagistas. A capacitação será na sala de reuniões da UBS, na primeira semana de intervenção.

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: O médico junto ao odontólogo realizará monitoramento de orientação sobre higiene bucal aos usuários hipertensos e diabéticos, semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento da ação: O médico deve organizar a consulta com a finalidade de garantir tempo médio para orientações em nível individual, já seja orientação odontológica, psicológica etc. Essa consulta será realizada semanalmente.

Engajamento público

Ação: Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento da ação: O médico em parceria com o odontólogo realizarão orientação dos pacientes hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal, mediante palestras, nas consultas individuais e visitas familiares, semanalmente.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento da ação: O médico em parceria com a odontólogo realizarão capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal, na sala de reuniões da UBS, na primeira semana da intervenção.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

Meta 1.1 Cadastrar 90% dos usuários 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 usuário hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários 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 usuários hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 70 % dos usuários 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 usuário diabético na unidade de saúde

Numerador: Número de usuários 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 usuários diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção á usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado aos 100 % dos usuários hipertensos cadastrados.

Indicador 2.1 Proporção de usuários hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado aos 100% dos pacientes usuários diabéticos cadastrados.

Indicador 2.2 Proporção de usuários diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários diabéticos com o exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 2.3 Proporção de hipertensos usuários com os exames complementares apropriado de acordo com o protocolo.

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

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

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

Indicador 2.4 Proporção de usuários diabéticos com os exames complementares apropriado de acordo com o protocolo.

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

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

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5 Proporção de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

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

Denominador: Número de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de usuários diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 3.1 Proporção de usuários hipertensos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

Indicador 3.2 Proporção de usuários diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 4.1 Proporção de usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde com ficha de acompanhamento.

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

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

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

Indicador 4.2 Proporção de usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde com ficha de acompanhamento.

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

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

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

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

Indicador 5.1 Proporção de usuários hipertensos cadastrados na unidade com estratificação do risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador 5.2 Proporção de usuários diabéticos cadastrados na unidade com estratificação do risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Metas 6.3 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes usuários hipertensos.

Indicador 6.3 Proporção de usuários hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

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

Metas 6.4 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4 Proporção de usuários diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

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

Meta 6.5 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5 Proporção de usuários hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

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

Meta 6.6 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6 Proporção de usuários diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

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

Meta 6.7 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7 Proporção de usuários hipertensos com orientação de prática regular de atividade física.

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

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

Meta 6.8 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários pacientes diabéticos.

Indicador 6.8 Proporção de usuários diabéticos com orientação de prática regular de atividade física.

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

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus vamos adotar os protocolos do MS contemplados nos Cadernos de Atenção Básica - Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (2013), disponíveis na UBS. Utilizaremos o prontuário eletrônico de e-SUS e uma planilha eletrônica (SINSOFT) disponível pelo município. O prontuário e a planilha eletrônica não prevêm todos os dados das ações a realizar, por exemplo: informações sobre acompanhamento de saúde bucal ou avaliação do risco cardiovascular, mas os mesmo serão contemplados na ficha complementar elaborada pelo médico e pela enfermeira.

Estimamos alcançar na intervenção 335 usuários com HAS e 75 usuários com DM. Faremos contato com o gestor municipal para imprimir as 450 fichas complementares necessárias. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada uma planilha eletrônica de coleta de dados, disponibilizada pela UFPEL.

Para organizar o registro específico do programa a enfermeira revisará os prontuário e planilha eletrônica, identificando todos os usuários portadores de HAS e DM que vieram ao serviço para consulta nos últimos três meses. Localizará os prontuários destes usuários e transcreverá as informações disponíveis no prontuário para a ficha complementar, ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre as consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, e realização de acompanhamento em saúde bucal e avaliação de risco cardiovascular. Também é importante informar que aqueles usuários portadores de HAS e DM que ainda não estão inseridos nos prontuários eletrônicos, serão cadastrados pelas ACS.

O monitoramento das ações programáticas será agrupado em um conjunto de ações. Quinzenalmente, a enfermeira examinará os prontuários dos usuários com HAS e usuários com DM cadastrados no programa e com consultas em atraso. A ACS fará busca ativa de todos os usuários não cadastrados e faltosos, estima-se a quantidade de usuários com os agendamentos até 10 por semana, segundo a frequência estimada pelo médico para as consultas em atraso.

O monitoramento de exames laboratoriais de usuários com HAS e usuários com DM de acordo com a periodicidade recomendada, o acesso aos medicamentos da farmácia popular e a necessidade de atendimento odontológico, a verificação da estratificação de risco, a orientação nutricional, prática de atividade física e riscos do tabagismo, serão realizados pelo médico e a enfermeira orientando-se pelo prontuário eletrônico e a ficha complementar, no momento das consultas individuais para cada usuário, sendo até 30 usuários por semana, totalizando 120 usuários por mês, aproximadamente, para as duas doenças. O monitoramento da necessidade de atendimento odontológico e orientação de higiene bucal serão realizados pelo médico e odontólogo nas consultas individuais utilizando o prontuário eletrônico e a ficha complementar, prevendo 10 usuários por semana segundo a agenda do odontólogo.

O primeiro acolhimento será realizado pelas técnicas de enfermagem, viabilizando a ordem das consultas pelos agendamentos prévios. Para viabilizar a ação de acolhimento dos usuários e a demanda de intercorrências agudas não há necessidade de alterar a organização da agenda, serão priorizadas cinco vagas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os usuários provenientes das buscas ativas serão reservadas 10 consultas por semana. A

enfermeira será encarregada de garantir o registro ativo dos usuários cadastrados e agendados nas consultas.

O gestor será encarregado de viabilizar o material adequado, garantir o estado dos equipamentos para a realização do acolhimento, as consultas e as visitas (transporte, esfigmomanômetros, fitas, balança, material didático, etc.) para isso utilizará os recursos disponíveis na UBS ou os orçamentos aprovados pelo conselho, da secretaria de saúde e da prefeitura municipal. Os atendimentos dos usuários serão realizados pelo médico todos os dias da semana, disponibilizando duas vagas por dia no turno da manhã.

Começaremos a intervenção com a capacitação sobre protocolos do MS contemplados nos Cadernos de Atenção Básica - Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (2013), para que toda a equipe utilize esta referência da atenção aos usuários portadores de DM e HAS. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, na sala de reuniões. Serão reservados 45 minutos ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe uma vez por semana. A capacitação será dirigida pelo médico e a enfermeira, seguido um esquema didático onde cada membro da equipe estudará uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Também estabeleceremos parcerias e faremos direcionamento para capacitação dos temas de acordo com o tipo de trabalho a ser realizado pelo profissional e o nível de qualificação, por exemplo, a capacitação para saúde bucal será dirigida pelo médico e o odontólogo, para orientação de atividade física pelo médico e a educadora física, para orientação alimentar saudável pelo médico e a nutricionista. Para a realização desta atividade disponibilizaremos de um computador, aparelho de som e datashow.

Faremos contato com a associação de moradores, com as instituições e clubes sociais (secretaria de assistência social, associação de veteranos, confrarias de torcidas de futebol), com os representantes da comunidade, nas igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização das consultas dos usuários portadores de diabetes e hipertensão. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a cobertura de usuários portadores de tais doenças cadastrados na UBS e de esclarecer a comunidade a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional, a necessidade de realização de avaliações incluídas a realização de exames e o controle farmacológico, além disso, a importância da educação para a saúde dos

usuários portadores, familiares e população em geral. Esta atividade será realizada uma vez por mês, no salão da câmara de vereadores da cidade com a participação do médico, enfermeira e os moradores. Serão utilizados computador, datashow e aparelho de som.

Serão criados novos grupos, um de usuários com HAS e um de usuários com HAS com a participação de não mais de 20 usuários por cada grupo. Serão atendidos na quinta-feira a cada 15 dias na sala de reuniões da UBS, uma vez por mês cada grupo no horário da tarde pelo médico e enfermagem, também com integração de um grupo multidisciplinar de profissionais que inclui nutricionista, psicóloga, educadora física e odontóloga, onde serão realizadas palestras e atividades de grupo sobre temas próprios das doenças com orientações e esclarecimento de dúvidas. Será utilizado computador, datashow e aparelho de som, disponibilizados pela UBS para a realização das atividades.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde sobre os diferentes aspectos dos protocolos de HAS e DM.	x	x														
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.	x															
Capacitação dos ACS para o rastreamento dos usuários hipertensos e diabéticos nas visitas domiciliares e preenchimento das fichas-espelho.	x															
Cadastramento de todos os usuários portadores de HAS e DM da área de abrangência da unidade de saúde.	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	X	x	x
Atendimento clínico dos usuários portadores de DM e HAS.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	X	x
Contato com lideranças comunitárias.	x				x				x				x			
Grupo de usuários hipertensos e diabéticos.		x		x		x		x		x		x		X		x
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos usuários faltosos.	x															
Busca ativa dos usuários faltosos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x
Visitas domiciliares aos usuários hipertensos e diabéticos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	X	x	x
Orientação nutricional sobre alimentação saudável.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x
Orientação sobre realização de exercício físico.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção estava prevista para acontecer durante 16 semanas conforme consta no cronograma do projeto, entretanto, foi necessário realizar uma readequação do tempo de intervenção, reduzindo para 12 semanas, visando adequá-la ao período de férias do coordenador do projeto. Apesar dessa redução do período da intervenção, nota-se que não houve prejuízos para a realização das ações e alcance das metas estipuladas.

Ao longo da intervenção, a equipe fez um monitoramento do número de usuários com HAS e usuários com DM inseridos no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, através da revisão das fichas de cadastro e busca ativa dos usuários com HAS e DM, tal ação foi cumprida integralmente alcançando resultados importantes acima dos prognósticos reservados pela equipe, com a facilidade da ajuda planejada das ACS. Foi realizado o registro integral de todos os usuários incluindo prontuário eletrônico e ficha espelho.

Em relação à qualidade da atenção foi feito exame clínico apropriado aos usuários avaliados, indicador que foi cumprido integralmente. Neste indicador tivemos a ajuda de um médico da atenção básica. Não foi garantida a realização de exames complementares apropriados para todos os usuários, desta forma, não conseguimos atingir a meta. Primeiramente porque temos dificuldades de verba, segundo o secretário de saúde informou que a verba referente ao SUS é insuficiente, além disso, temos alguns casos em que foi realizado o exame complementar, mas não foi feita a avaliação de estratificação de risco, devido às dificuldades antes mencionadas ou porque os exames são feitos em outro município,

dificultando o acesso do usuário. Nesta questão, a equipe decidiu realizar estratificação de risco detalhado aos usuários que mais precisavam.

A avaliação de atendimento odontológico foi um dos indicadores com mais dificuldade nos três meses da intervenção. A maior dificuldade foi à falta do profissional qualificado para realizar os atendimentos, porque na ESF não temos odontólogo no momento, mas tivemos a ajuda do profissional da atenção básica que tem 20 horas na UBS, o que ocasionou o baixo resultado deste indicador. Também fomos ajudados pela auxiliar de odontologia que foi capacitada previamente para realizar parte desta tarefa. A equipe discutiu essa questão com a secretária de saúde porque a profissional odontóloga está de licença maternidade de seis meses a um ano e a secretária não quer contratar outro profissional.

A equipe conseguiu melhorar a adesão dos usuários faltosos a consulta, mas não atingiu a totalidade da meta. Esse indicador teve a facilidade do trabalho organizado das ACS na busca ativa destes usuários. A situação geográfica do município, área rural com grande extensão de território ao interior do município e a falta de transporte, dificultaram a equipe atingir completamente a meta. Essa questão foi discutida em várias oportunidades pela equipe com o gestor sem progresso algum.

Realizamos monitoramento contínuo das fichas de atendimento (prontuário eletrônico e ficha espelho) indicador que foi atingido. A facilidade fundamental foi o trabalho com a ficha espelho e o prontuário eletrônico e-SUS. A maior dificuldade foi nos adaptar a trabalhar com e-SUS que por ser novidade na UBS, está relacionada a questão técnica própria do programa, por exemplo: a dificuldade de gerar relatórios dificultou a organização deste indicador. Além disso, nos auxiliamos com mais precisão a partir da planilha de coleta de dados disponibilizada pela universidade.

Os indicadores das ações de promoção de saúde referente à orientação nutricional sobre alimentação saudável; orientação à prática regular de atividade física; orientações sobre riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal foram atingidas integralmente. Fizemos uma avaliação de maneira proporcional já que estes foram cumpridos proporcionalmente em todos os usuários independentemente que receberam avaliação clínica ou não. A facilidade fundamental foi à capacitação inicial realizadas com as ACS que ajudaram primordialmente no cumprimento destas

ações de promoção. Estas ações foram realizadas tanto em nível individual como coletivo, sendo este último o de maior facilidade para a equipe.

Foram realizadas ações de engajamento com a comunidade como: organização e realização de palestras onde tratamos temas relacionados com os fatores de risco de HAS e DM. Realizamos uma feira de hipertensão num local da paróquia onde a equipe protagonizou varias atividades coletivas de promoção e prevenção. Também a equipe fez duas visitas as comunidades onde foram debatidos temas relacionados ao projeto, trabalhamos com grupos de idosos formados em parceria com a secretaria de assistência social e organizamos um grupo para cessação do tabagismo. A equipe teve dificuldades na organização de grupos de usuários com HAS e usuários com DM propriamente ditos devido a falta de local para trabalhar com estes usuários e a dificuldade geográfica e de transporte antes mencionada.

Durante as semanas de intervenção a equipe realizou atividades de qualificação da prática clínica. Todas as terças, nas reuniões da equipe, foram discutidos casos clínicos de usuários de alto risco, realizamos aperfeiçoamento das atividades da avaliação clínica no acolhimento e a consulta propriamente dita. Essas atividades facilitaram o processo de trabalho da intervenção. Logicamente tivemos dificuldades em algumas atividades fundamentalmente pela falta de preparação profissional, mas foram situações que não dificultaram a intervenção e que estão sendo corrigidas cotidianamente no trabalho em equipe.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Majoritariamente todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas adequadamente, mas temos algumas atividades que não foi possível executar. A formação de um grupo de usuários com HAS e usuários com DM a qual foi muito difícil de realizar por causa da dificuldade que tem a UBS de local para fazer acompanhamento deste grupo. Além disso, a maioria dos usuários trabalha e não tem possibilidade real de tempo no horário laboral da UBS, também a maioria da população alvo na área de abrangência é idosa e não tem como se movimentar na unidade.

Tivemos muita recusa da população que não é acostumada a esse tipo de cuidado. Outra dificuldade foi à falta de veículo para fazer as visitas domiciliares,

tema que foi muito discutido com a gestão porque a UBS tem um carro de uso exclusivo para a equipe, mas por questões administrativas não é possível sua disponibilização mesmo com agendamento prévio para as visitas domiciliares.

Entretanto, é possível afirmar que além das situações expostas acima a equipe fez algumas visitas domiciliares para as famílias que moram nas áreas próximas da UBS, também em parceria com a secretaria da assistência social, trabalhamos com os grupos de idosos do CRAS e organizamos um grupo de usuários tabagistas que incluem alguns usuários com HAS s e usuários com DM.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Na coleta e sistematização de dados relativos á intervenção, a equipe não teve dificuldades, pois a UBS conta com um bom sistema de internet com computadores em todas as salas da unidade. Para o fechamento das planilhas de coleta de dados e cálculo dos indicadores, no início da intervenção, tivemos um pequeno problema de interpretação dos dados das planilhas, o qual dificultava o processo automático de cálculo, mas com a interação nos fóruns e a participação da orientadora o problema foi resolvido rapidamente nas primeiras semanas da coleta.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Durante todo o processo de intervenção a equipe foi adequando o trabalho ao cotidiano, além disso, já tínhamos a experiência de trabalho com o programa de Atenção aos usuários com HAS e usuários com DM, o qual tem sido muito similar às ações da intervenção. A equipe deve melhorar o processo de retroalimentação através das fichas espelho, o que dará mais facilidades na hora de realizar busca ativa de usuários faltosos a consulta. Outra questão que devemos adequar é em relação aos usuários que abandonam o tratamento, pois em numerosas situações vemos que não buscam os medicamentos na farmácia.

Acredito que a equipe tem a experiência e toda a facilidade para dar continuidade às ações realizadas durante o período da intervenção, que todas as experiências adquiridas durante o projeto serão utilizadas para enfrentar dúvidas e erros e darão a facilidade para a aplicação de outros programas na atenção básica.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Após a implementação de 12 semanas de atuação do projeto de Atenção a usuários com HAS e DM da UBS Ambulatório Municipal Tupanci do Sul, chegamos ao equivalente a 347 (90,1%) do total de acompanhamento dos usuários com HAS e 48 (98%) dos usuários com DM maiores de 18 anos de idade, pertencentes à área de abrangência desta UBS. A população total da área adstrita está em torno de 1661 pessoas e destas 434 fazem parte da população alvo foco da intervenção, sendo 385 usuários com HAS e 49 usuários com DM.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

Meta 1.1 Cadastrar 90% dos usuários 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 usuário hipertenso na unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 70 % dos usuários 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

Durante a evolução ao longo de três meses de intervenção, observou-se ascensão do número de usuários com HAS e/ou DM no programa de saúde, sendo que no 1º mês foram cadastrados 79 usuários com HAS (20%), no 2º mês 117 (44,4%) e no 3º mês 347 (90,1%) conforme figura 1. Em relação aos usuários com

DM no 1º mês foram cadastrados 16 (32,7%), no 2º mês 27 (55,1%) e no 3º mês 48 (98%) diabéticos, conforma figura 2.

A meta era o de ampliar a cobertura da atenção à saúde de usuários com HAS e usuários com DM maiores de 18 anos de idade para 90% e 70%, respectivamente, portanto foi atingida. Apesar do pouco tempo de implantação dessa atenção na Unidade de Saúde o resultado foi surpreendente da intervenção (90,1% e 98%) em virtude do programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus ter iniciado sob uma base anterior do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de usuários com HAS e usuários com DM (Hiperdia), sendo que este sistema não estava funcionando adequadamente na UBS há três anos. A continuidade do programa ampliará ainda mais o acompanhamento desta população alvo.

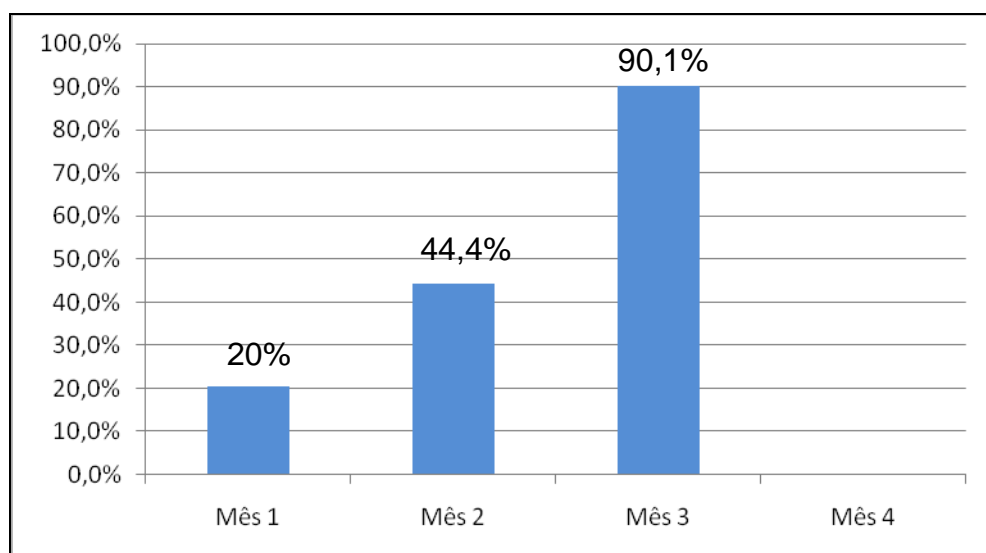


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS

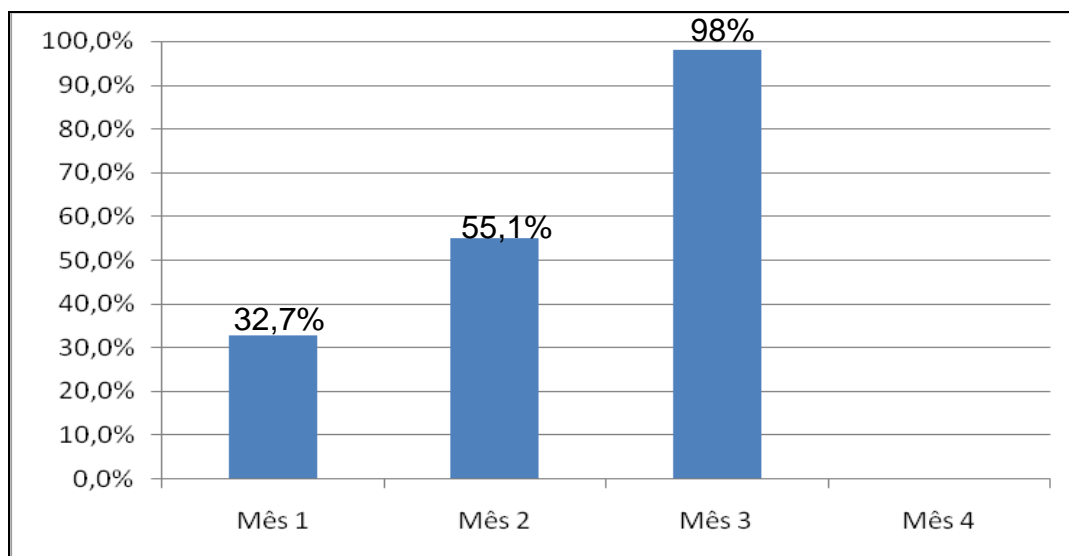


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção á usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado aos 100% dos usuários hipertensos cadastrados.

Indicador 2.1 Proporção de usuários hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado aos 100% dos usuários diabéticos cadastrados.

Indicador 2.2 Proporção de usuários diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Em relação aos exames clínicos realizados de acordo com o protocolo aos usuários com HAS e DM, foi traçada a meta de 100% para o indicador de proporção de usuários com HAS e usuários com DM com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo. Para os usuários com HAS, no 1º mês foram realizados 76 (96,2%) exames, no 2º mês 159 (93%) exames clínicos e no 3º mês realizamos 332 (95,7%) exames clínicos aos usuários com HAS, conforme figura 3. Para os usuários com DM os resultados encontrados foram no 1º mês 16 exames clínicos (100%), no 2º mês 26 (96,3%) e no 3º mês 47 (97,9%) tiveram o exame clínico realizado, conforme figura 4.

Uma possibilidade para o alcance deste resultado é que a maioria dos usuários acompanhados neste ambulatório foi acompanhado, anteriormente, em seu processo de evolução da doença de forma errada, sendo submetidos apenas a consultas clínicas relativas às queixas da doença ou freqüentando a UBS ao fim de renovar suas receitas de medicamento. Desta forma, realizamos o exame clínico a estes usuários de forma integral e com qualidade, o que em algumas situações não foi possível realizar, pois esta ação prolonga a consulta, o que interfere na quantidade de usuários atendidos durante o dia.

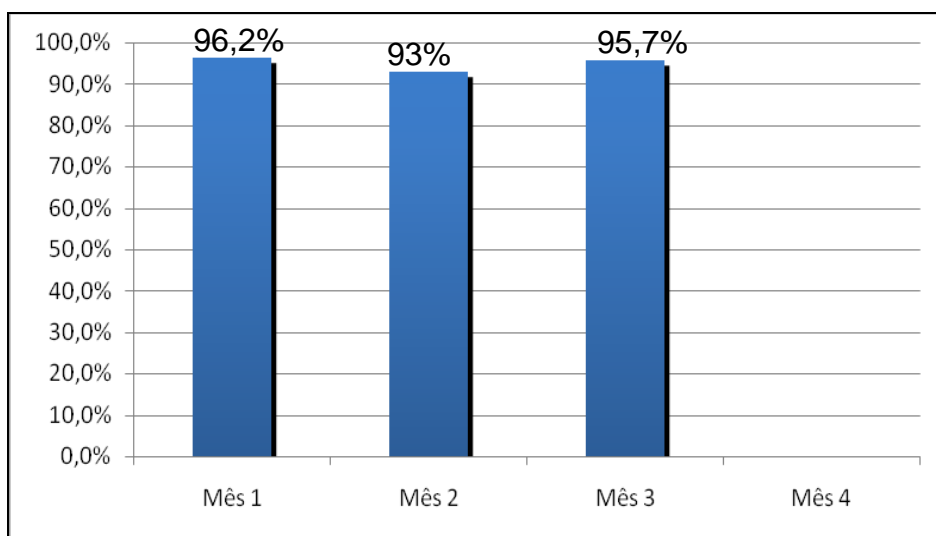


Figura 3. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

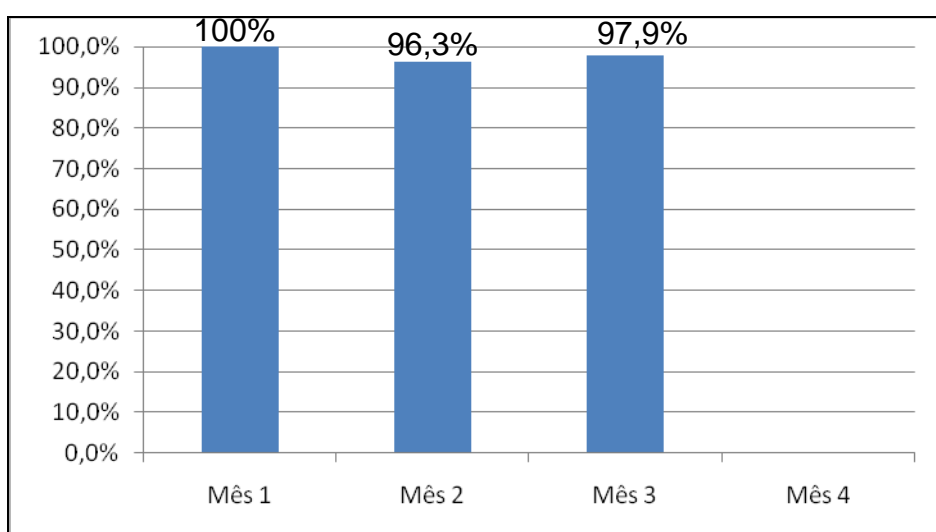


Figura 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

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

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

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

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

Em relação a realização de exames complementares de acordo com o protocolo, orientamos aos usuários a necessidade a respeito da importância do acompanhamento adequado a partir da realização dos exames complementares em dia. No que se refere à realização dos exames complementares para os usuários com HAS, no 1º mês 70 usuários com HAS (88,6%) realizaram os exames, no 2º mês 141 (82,5%) e no 3º mês 296 (85,3%), conforme figura 5. Para os usuários com DM os resultados se apresentam da seguinte forma: no 1º mês foram 12 (75%), no 2º mês 22 (81,3%) e no 3º mês 39(81,3%) conforme figura 6.

Os objetivos tiveram seus altos e baixos porque em numerosas oportunidades a UBS não tinha como responder com verba suficiente para a realização desses exames. A meta para este indicador seria realizar 100% dos exames complementares em dia de acordo com os protocolos de HAS e DM dos usuários cadastrados, portanto não foi atingida. Com a concretização da continuidade no ambulatório do programa na rotina da UBS e da comunidade, espera-se manter e melhorar a proporção de usuários com HAS e usuários com DM realizando os exames clínicos e complementares apropriados.

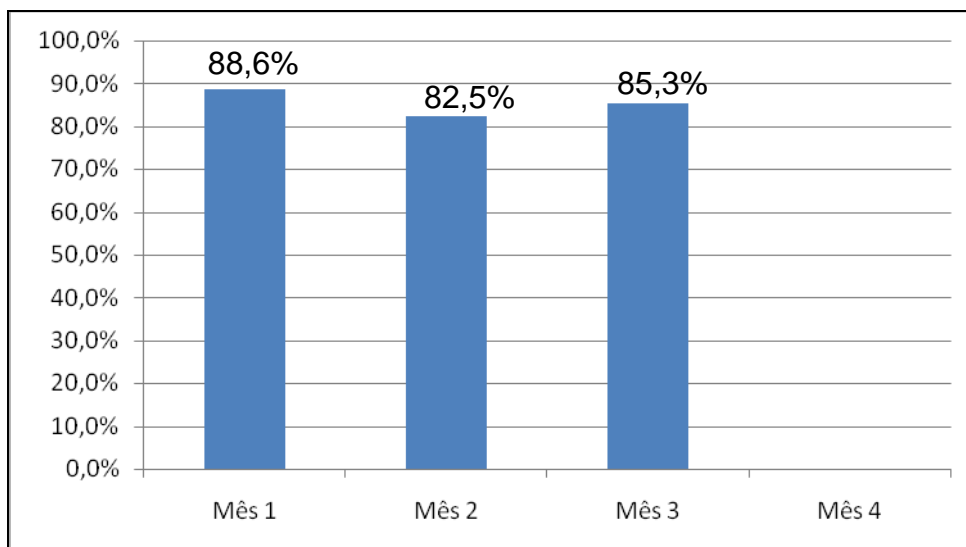


Figura 5. Proporção de hipertensos com exames complementares em dia da UBS

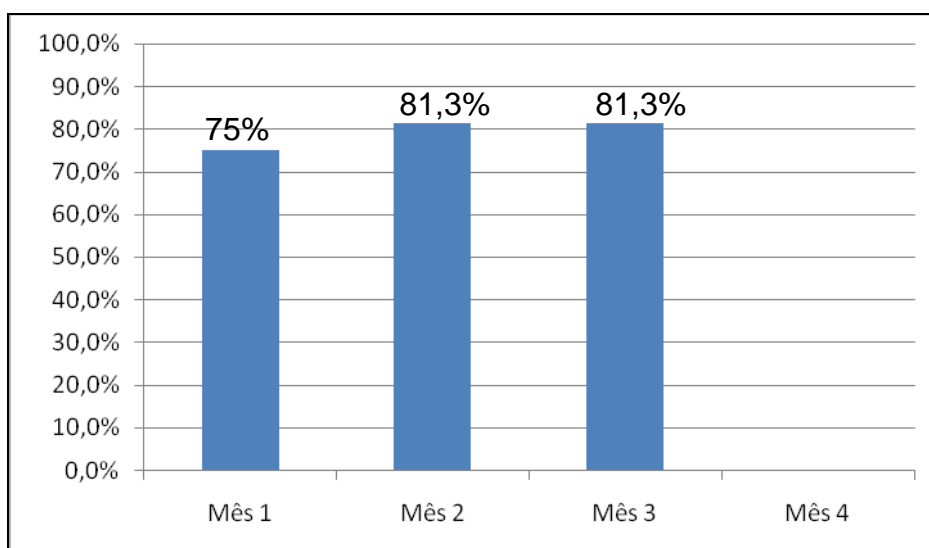


Figura 6. Proporção de diabéticos com exames complementares em diada UBS

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

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

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

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

Em relação a meta de garantir a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para os usuários com HAS e usuários com DM foi traçada meta 100%. Em relação aos usuários com HAS os resultados encontrados foram: no 1º mês 75 (94,9%) usuários com HAS com prescrição de medicamentos da farmácia popular, no 2º mês 164 (96,5%) e no 3º mês 340 (98,3%) conforme figura 7. Em relação aos usuários com DM os resultados foram atingidos de forma integral ao longo dos três meses, sendo prescritos medicamentos da farmácia popular a 16, 27 e 48, totalizando 100% nos três meses.

Não conseguimos atingir 100% da meta para os usuários com HAS. Entretanto, a equipe acredita que o indicador foi atingido porque temos usuários que não estão usando medicamentos e outros que não estão inscritos na farmácia porque compram medicamentos que não são ofertados na rede SUS.

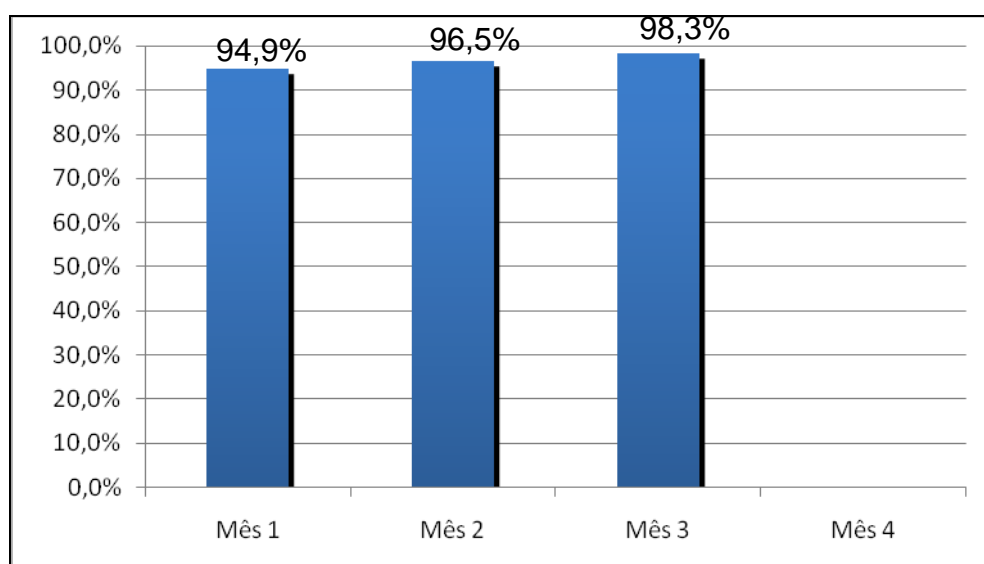


Figura 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia da UBS.

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

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

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

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

A ação de avaliação de usuários com necessidade de atendimento odontológico, não teve a qualidade esperada. Estimamos alcançar a meta de 100% para os usuários com HAS e 100% para os usuários com DM. Ao longo da intervenção foi realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico para os usuários com HAS, sendo que no 1º mês 37 (46,8%) usuários com HAS foram avaliados, no 2º mês 108 (63,2%) e no 3º mês 223 (64,3%), conforme figura 8. Em relação aos usuários com DM o resultado encontrado foi: no 1º mês 6 (37,5%) foram avaliados, no 2º mês 16 (59,3%) e no 3º mês 28 (58,3%), conforme figura 9.

A maior dificuldade foi à falta do profissional qualificado para realizar os atendimentos, pois na ESF não temos odontólogo no momento, mas tivemos a ajuda do profissional da AB que tem 20 horas de trabalho, por isso a baixa estimativa desde indicador. Também fomos ajudados pela assistente odontológica quem foi capacitada previamente para realizar parte desta tarefa.

A continuidade do programa permitirá a avaliação continuada destes usuários. Essa ação não ocorreu corretamente nos meses anteriores da intervenção devido à problemática de uma profissional odontóloga que está de licença maternidade. Com a continuidade do projeto nesta UBS espera-se regularidade da equipe de saúde bucal e um maior diálogo com a equipe clínica, com projetos e sugestões planejados conjuntamente.

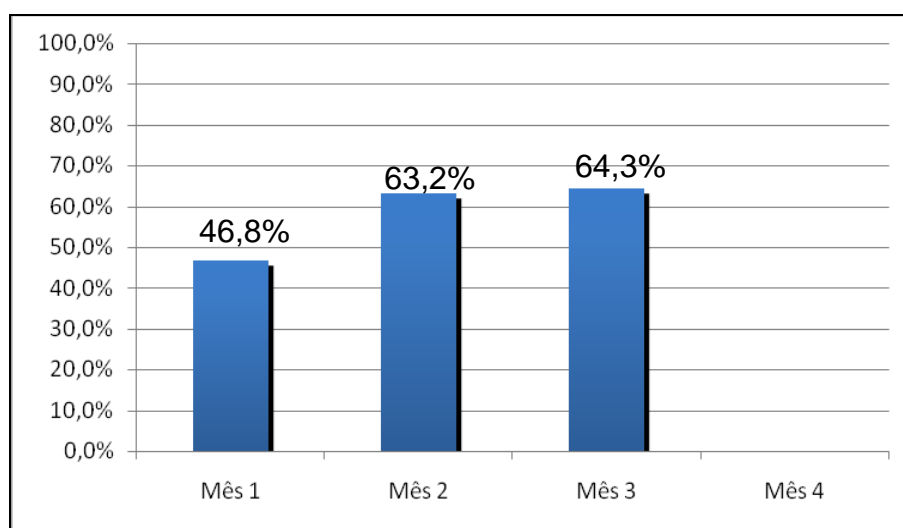


Figura 8. Proporção de hipertensos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na UBS.

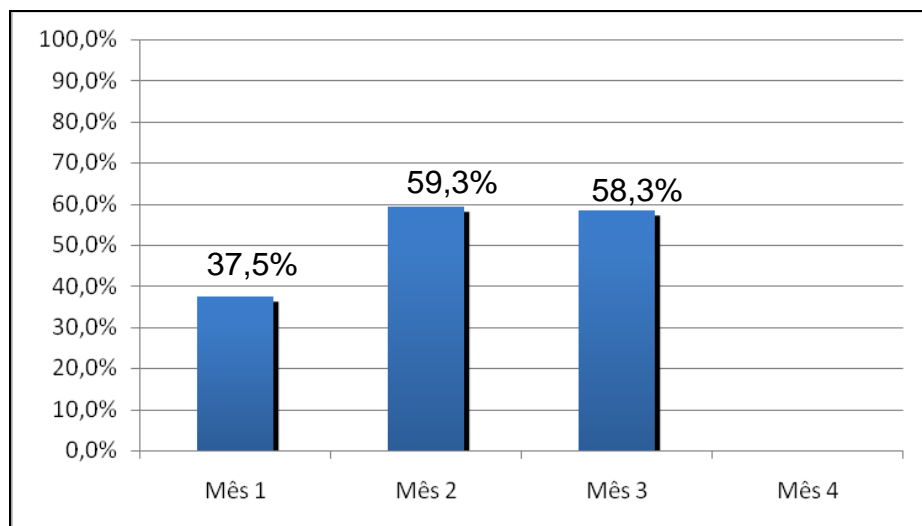


Figura 9. Proporção de diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na UBS

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

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

Indicador 3.1 Proporção de hipertensos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Indicador 3.2 Proporção de diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Foram realizadas as buscas ativa de usuários com HAS e/ou DM para aqueles que não compareceram as consultas na UBS de forma regular. Na unidade tivemos dificuldades para melhorar este indicador, já que, ficaram usuários inseridos na intervenção porque não foram à unidade para serem avaliados ou a equipe teve dificuldade para se trasladar ate seus domicílios para a realizar a consulta corretamente.

A meta para esse indicador era atingir 100% de usuários com HAS e usuários com DM faltosos nas consultas com busca ativa. Em relação aos usuários com HAS, no 1º mês fora buscados 16 (100%) usuários com HAS faltosos, no 2º mês 26 (89,7%) e no 3º mês 29 (90,6%) conforme figura 10. Já os usuários com DM foram buscados no 1º mês 5 (100%) faltosos, no 2º mês 7 (87,5%) e no 3º mês 7 (87,5%), conforme figura 11.

Estes resultados foram possíveis graças ao trabalho em conjunto com as ACS que em numerosas oportunidades caminharam quilômetros de estrada no interior do município para realizar essa tarefa. Com a concretização e continuidade do projeto na UBS esse indicador alcançará a meta programada realizando busca ativa e consultas direcionadas aqueles usuários que por razões alheias a nossa unidade não comparecem as consultas programadas.

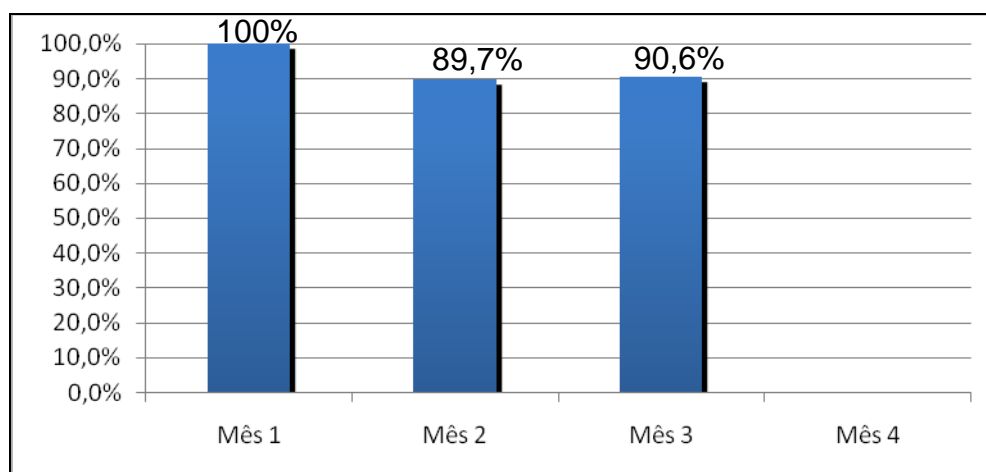


Figura 10. Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS

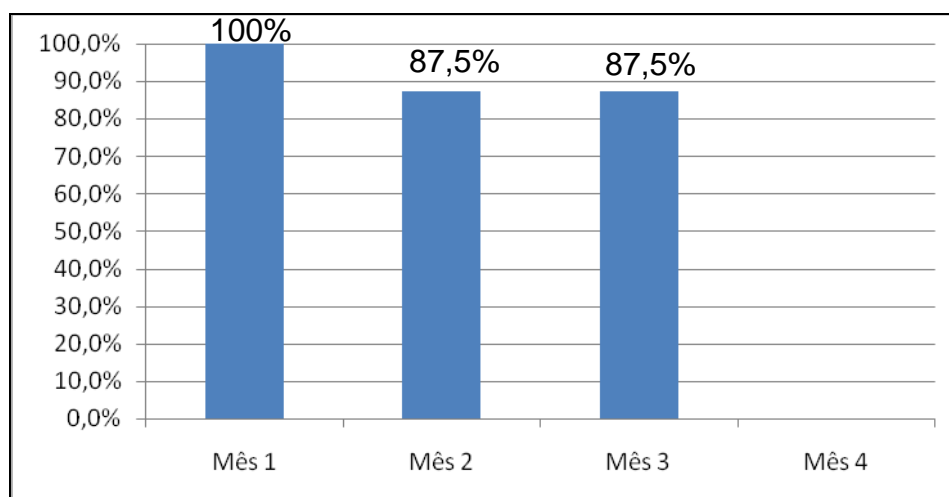


Figura 11. Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 4.1 Proporção de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com 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 cadastrados na unidade de saúde com ficha de acompanhamento.

Em relação à meta de garantir registro adequado na ficha de acompanhamento a 100% de usuários com HAS e 100% de usuários com DM, esta foi atingida quase que integralmente. Para os usuários com HAS, os resultados se comportaram da seguinte forma: no 1º mês 79 (100%) tiveram os registros realizados, no 2º mês 164 (95,9%) e no 3º mês 337 (97,1%) tiveram os registros adequados, conforme figura 12. Em relação aos usuários com DM os resultados foram o seguinte: no 1º mês 16 (100%) tiveram seus registros realizados de forma adequada, no 2º mês 26 (96,3%) e no 3º mês 7 (97,8%) com registros atualizados, conforme figura 13.

A meta para esse indicador era de 100%, mas a equipe está satisfeita com a estrutura alcançada na unidade porque antes da intervenção não se tinham registros verdadeiramente adequados para esse indicador.

A continuidade do programa manterá uma revisão constante dos registros o que melhorará a qualidade do serviço prestado aos usuários alvo deste programa. Também servirá como exemplo na execução de outros programas que poderão ser implantados ou que estão implantados na UBS.

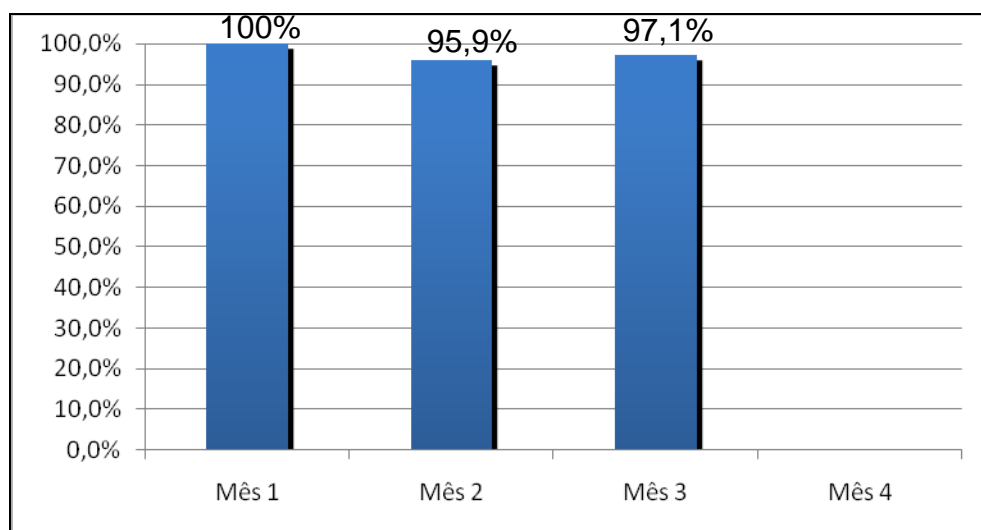


Figura 12. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS.

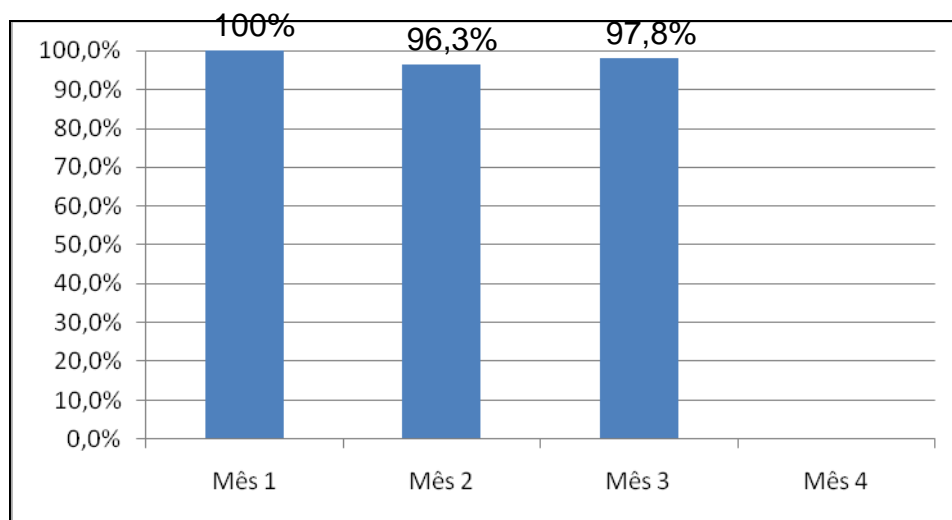


Figura 13. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS

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

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

Indicador 5.1 Proporção de usuários hipertensos cadastrados na unidade com estratificação do risco cardiovascular.

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

Indicador 5.2 Proporção de usuários diabéticos cadastrados na unidade com estratificação do risco cardiovascular.

No que se refere à meta de realizar a estratificação de risco cardiovascular, foram traçadas metas de 100% para os usuários com HAS e 100% para usuários com DM. Em relação aos usuários com HAS, no 1º mês 78 (98,7%) realizaram a estratificação de risco cardiovascular, no 2º mês 148 (86,5%) e no 3º mês 290 (83,6%), conforme figura 14. Já os usuários com DM os resultados foram: no 1º mês 15 (93,8%) realizaram a estratificação de risco cardiovascular, no 2º mês 24 (88,9%) e no 3º mês 40 (83,3%), conforme figura 15.

No transcurso da intervenção tivemos dificuldades para atingir a meta da avaliação da estratificação de risco cardiovascular dos usuários alvo do projeto. Primeiro lugar porque a secretaria de saúde não tinha recursos suficientes para a

realização de exames detalhados para aqueles usuários com alto risco cardiovascular. Além disso, os laboratórios ou instituições especializadas ficam longe do município e temos algumas dificuldades de acesso. Outra questão foram os usuários acamados que não podem ser trasladados de forma cômoda a essas instituições.

Cabe estritamente ao médico avaliar situações como a anteriormente sinalizada, mas com ajuda da equipe daremos prioridade de exames aos usuários avaliados com maior dificuldade ou risco cardiovascular.

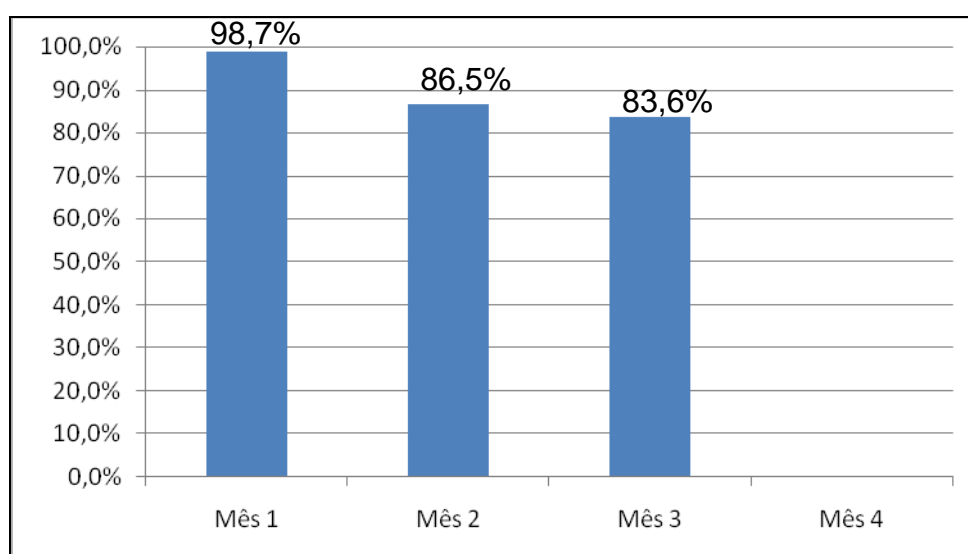


Figura 14. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS.

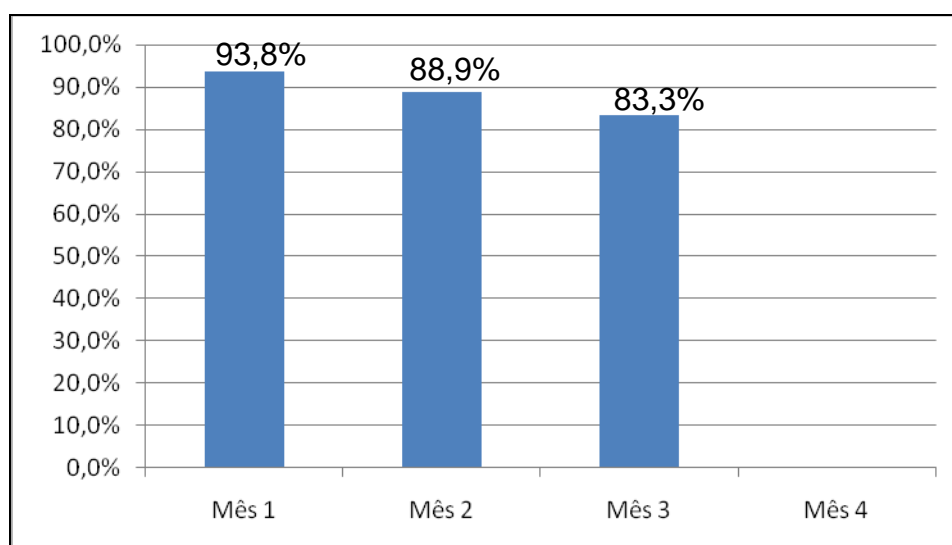


Figura 15. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

No que se refere à meta de realizar orientação nutricional sobre alimentação saudável aos usuários com HAS e usuários com DM, foram traçadas metas de 100% para ambos os usuários. Em relação aos usuários com HAS os resultados se comportaram da seguinte forma: no 1º mês 79 (100%) receberam esta orientação, no 2º mês 162 (94,7%) e no 3º mês 335 (96,5%) foram orientados, conforme figura 16. Para os usuários com DM os resultados foram: no 1º mês 16 (100%) receberam esta orientação, no 2º mês 25 (92,6%) e no 3º mês 46 (95,8%) foram orientados, conforme figura 17.

Estes indicadores não foram cumpridos em sua totalidade, mas a equipe considera realizada uma boa orientação nutricional e os parâmetros foram cumpridos integralmente aos usuários avaliados. Além disso, durante as atividades coletivas a equipe manteve a orientação deste indicador. Com a continuidade do programa estas ações serão incrementadas na UBS.

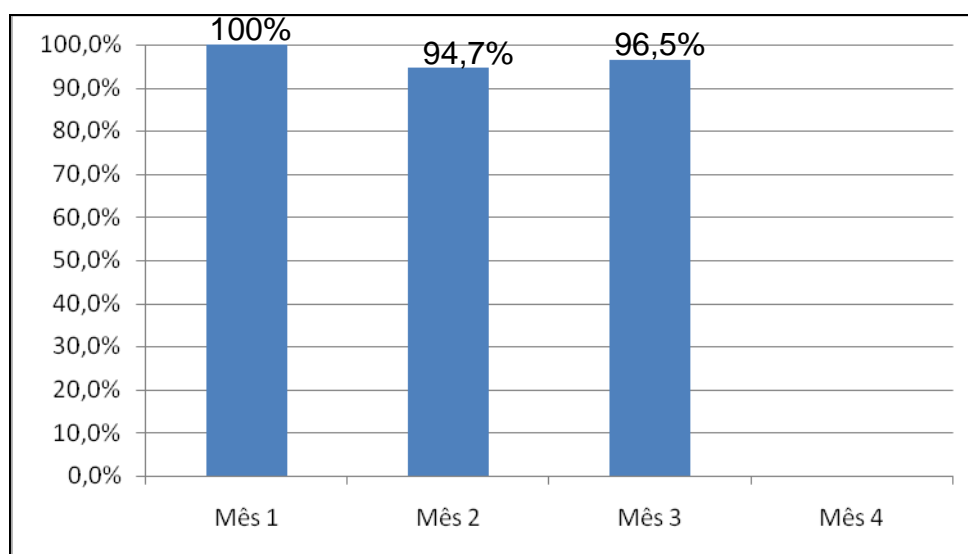


Figura 16. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS.

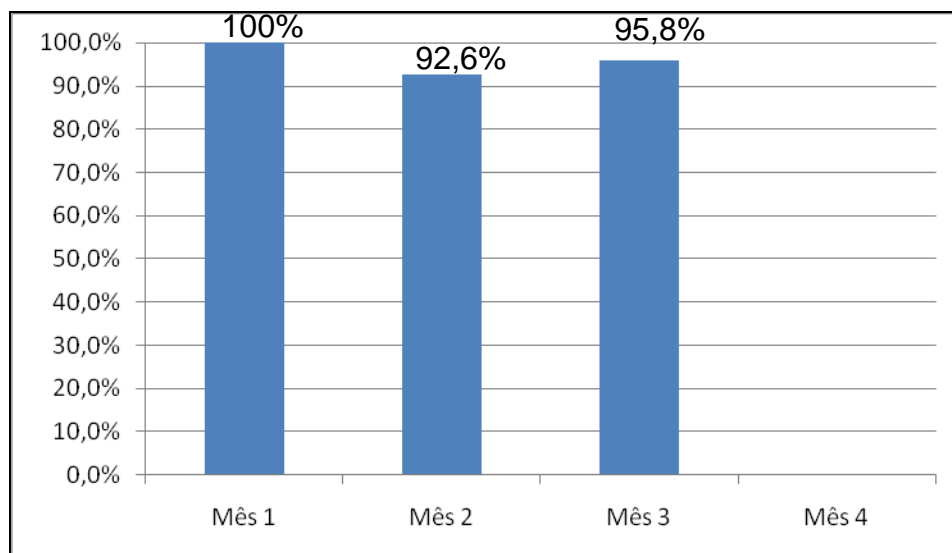


Figura 17. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UB.

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

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

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

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

Em relação às metas relacionadas a orientação sobre a prática de atividade física regular, foram estimadas atingir 100% de usuários com HAS e usuários com DM acompanhados na Unidade. No que se refere aos usuários com HAS, no 1º mês 79 (100%) receberam esta orientação, no 2º mês 162 (94,7%) e no 3º mês 335 (96,5%) foram orientados, conforme figura 18. E em relação aos usuários com DM, no 1º mês 16 (100%) receberam esta orientação, no 2º mês 25 (92,6%) e no 3º mês 46 (95,8%) foram orientados, conforme figura 19.

O indicador não foi cumprido em sua totalidade, mas a equipe considera realizada uma boa orientação sobre a prática de exercício físico e os parâmetros

foram cumpridos integralmente aos usuários avaliados. Além disso, durante as atividades coletivas a equipe manteve a orientação deste indicador. Com a continuidade do programa estas ações serão incrementadas na UBS para atingir a população não avaliada.

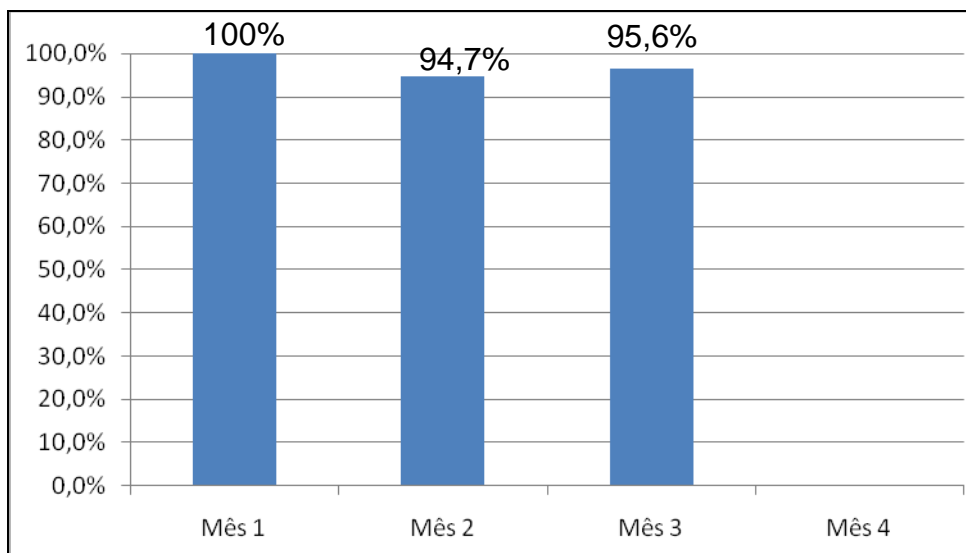


Figura 18. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS.

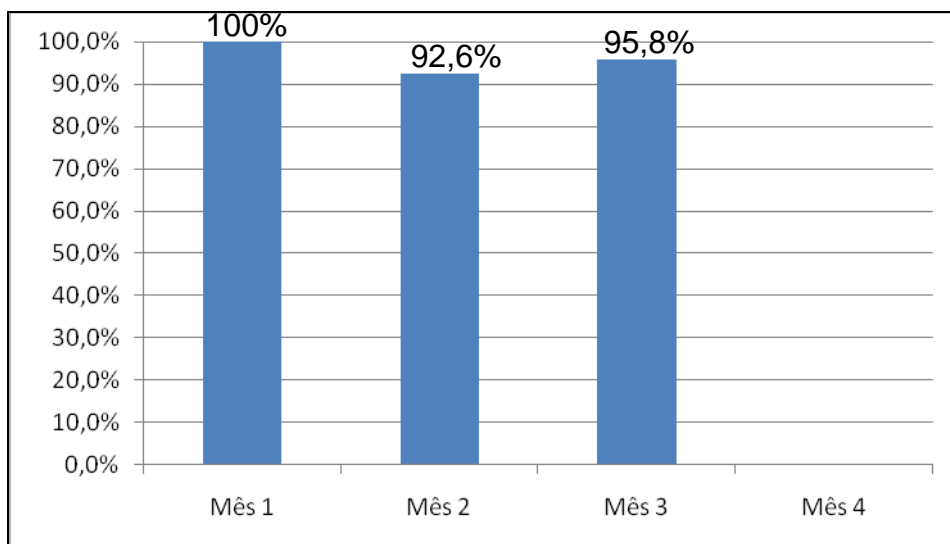


Figura 19. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS.

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

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

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

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

O mesmo resultado citado acima foi encontrado, tanto para os usuários com HAS quanto para os usuários com DM, em relação a meta traçada sobre orientação dos riscos do tabagismo. No que se refere aos usuários com HAS, no 1º mês 79 (100%) receberam esta orientação, no 2º mês 162 (94,7%) e no 3º mês 335 (96,5%) foram orientados, conforme figura 20. E em relação aos usuários com DM, no 1º mês 16 (100%) receberam esta orientação, no 2º mês 25 (92,6%) e no 3º mês 46 (95,8%) foram orientados, conforme figura 21.

Em relação á avaliação dos resultados alcançados sobre a meta traçada para orientação dos riscos do tabagismo, a equipe considera ótimo o indicador mesmo não tendo conseguido a meta proposta, mas e interessante saber que a equipe identificou todos os usuários com HAS e DM fumantes e organizou um grupo antitabagismo. Também nas visitas coletivas sobre o tema a equipe realizou orientação a usuários da UBS além dos usuários com HAS e DM alvo da intervenção. Com a continuidade do programa na UBS a equipe melhorará estes indicadores.

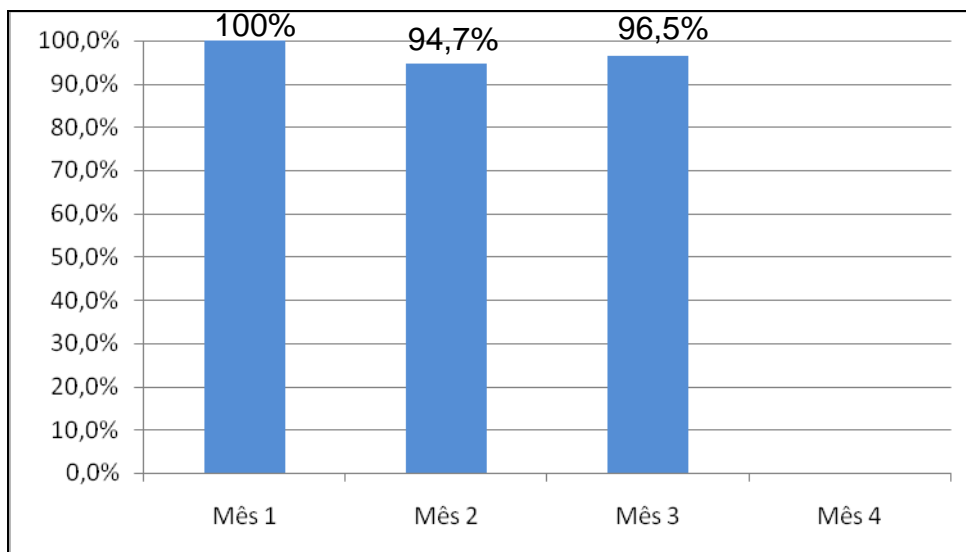


Figura 20. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS.

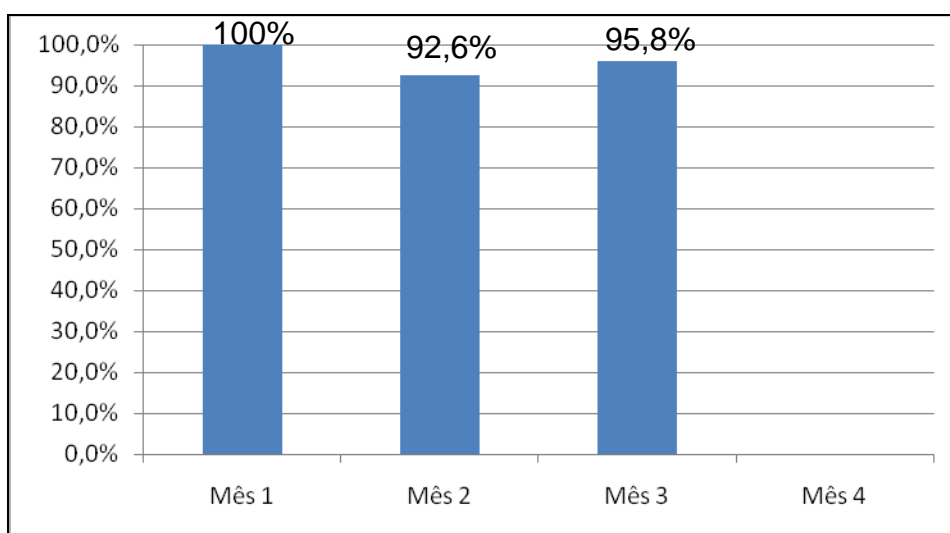


Figura 21. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS.

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

E por fim, a meta relacionada à orientação sobre higiene bucal foi traçada pra ser atingida 100% para os usuários com HAS e 100% para os usuários com DM. No que se refere aos usuários com HAS, no 1º mês 78 (98,7%) receberam esta orientação, no 2º mês 161 (94,2%) e no 3º mês 334 (96,3%) foram orientados, conforme figura 22. E em relação aos usuários com DM, no 1º mês 16 (100%) receberam esta orientação, no 2º mês 25 (92,6%) e no 3º mês 46 (95,8%) foram orientados, conforme figura 23.

A meta relacionada á orientação sobre higiene bucal não alcançou as expectativas traçadas no início da intervenção, mas a equipe considera um bom indicador e será melhorada com a continuidade do programa e a incorporação do profissional de odontologia na equipe da saúde da família.

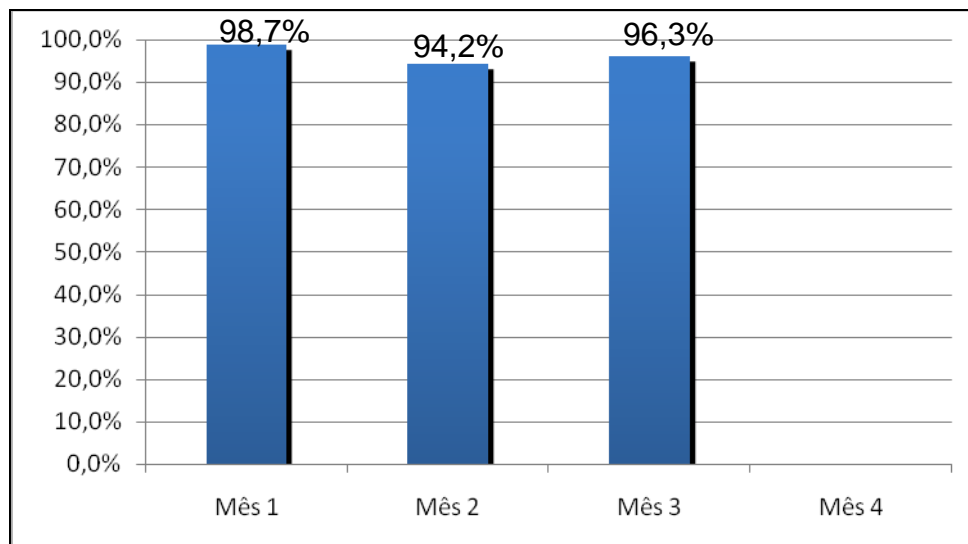


Figura 22. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS

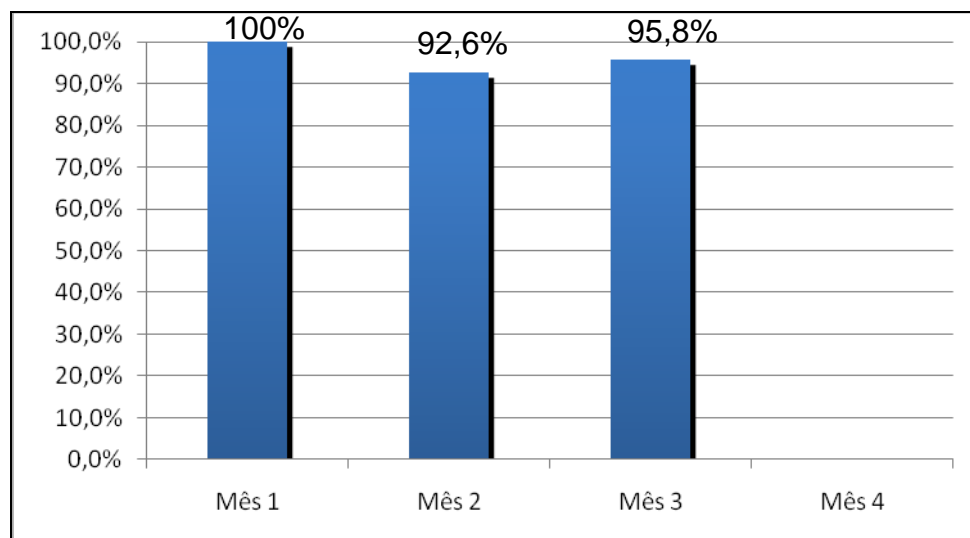


Figura 23. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS.

As atividades orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática de atividade física regular, orientação sobre os riscos do tabagismo e os que receberam orientação sobre higiene bucal, foram realizadas em consultas individuais a atividades coletivas. Essas atividades foram as de melhor balanço da intervenção, com mais dos 95% de proporção. A equipe de forma geral esta bem preparada para orientar nossa população alvo e atingir o restante da população geral na abrangência da UBS. Nossas ACS realizam orientações de forma cotidiana com boa qualidade.

4.2 Discussão

A intervenção sobre atenção ao usuário usuários com HAS e/ou DM da unidade de saúde proporcionou o aumento da cobertura da atenção a este tipo de usuário especificamente, propiciou a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque nas consultas de avaliação clínica, ampliando exames clínicos apropriados aos usuários. Além disso, aumentou o conhecimento destes usuários avaliados em relação aos cuidados e orientação de tais doenças, como: prática adequada de exercícios físicos, alimentação, tabagismo, alcoolismo, etc.

A equipe encontra-se mais capacitada para o trabalho seguindo as recomendações do MS relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e

monitoramento das doenças trabalhadas na intervenção. Estas atividades promoveram o trabalho organizado, articulado e integrado da equipe da saúde da família com o restante dos trabalhadores da UBS e os usuários. Durante a intervenção todos nós aprendemos e nos retroalimentamos diariamente de nossas capacidades, erros e desafios. Cada dia aprendemos mais e usamos nossos conhecimentos em virtude da melhoria da qualidade dos serviços prestados. Ficou claro para todos, como organizaremos a distribuição da demanda espontânea, já que sempre foi difícil fazer agendamentos pela demografia territorial e respeitando os costumes dos usuários.

A equipe melhorou os conhecimentos sobre as diretrizes de acolhimento aos usuários como: anamnese detalhada de cada doença, medida correta dos sinais vitais, fundamentalmente Pressão Arterial (PA) e medição do Índice de Massa Corporal (IMC), perímetro abdominal, o Exame de Glicemia capilar (HTG), dentre outros. Isto acabou tendo um impacto importante na população não acostumada a ser tratada de forma diferente. A equipe também tomou como exemplo o acolhimento para realizar outras atividades como a atenção a gestantes e na puericultura.

Antes da intervenção a UBS não tinha atividades próprias para atingir a demanda de usuários com HAS e DM, não tinha um registro adequado no programa, só a farmácia utilizava registros de medicamentos oferecidos aos usuários, o médico não tinha registros nem organização das consultas. A intervenção organizou as atribuições da equipe, fundamentalmente as enfermeiras, técnicas de enfermagem e ACS viabilizando maior número de atendimentos e a redistribuição do trabalho em equipe. A melhoria dos registros permitiu mais controle daqueles usuários faltosos nas consultas, mais conhecimento sobre suas doenças para melhor estratificação de risco, o que tem sido importante para apoiar na classificação ou priorização do atendimento.

A intervenção poderia ter sido facilitada pela administração municipal, pois desde o início tudo estava conveniado, mas mudou o gestor e algumas propostas ficaram mais difíceis de serem conquistadas, isto dificultou na articulação com a comunidade além da relação com o conselho de saúde. O atendimento individual e coletivo ficou fragilizado por falta de verba e pela falta de um veículo para realizar as visitas nas comunidades de forma integral. Na verdade, como a equipe vai dar

continuidade ao projeto, vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

Este projeto tem uma importância relevante para a comunidade, fundamentalmente porque foi a primeira vez que a UBS atinge de forma direta, planejada e organizada os usuários com HAS e DM, pela continuidade do programa. O programa serve como apoio para todos os usuários independentemente da doença e é objeto de educação continuada. Um importante número destes usuários aprendeu realmente sobre sua doença, sobre os cuidados dos fatores de risco, os tratamentos, as possíveis complicações e primordialmente como combater e conviver com elas.

Caso fosse realizar a intervenção neste momento manteria tudo o que até hoje a equipe fez, mas seria interessante fortalecer a relação entre nossa equipe e os usuários. Aumentar ações educativas tanto para os usuários com HAS quanto para usuários não hipertensos e com DM que apresentam fatores de risco para tais doenças.

A equipe precisa fazer uma revisão detalhada de todos os erros cometidos na intervenção como, por exemplo, a dificuldade de retroalimentação das consultas com especialistas tanto do SUS como da rede privada. Apresento essa questão devido a falha no sistema de referência e contra referência, o qual impede um melhor acesso ao trabalho com o usuário.

Também seria interessante conveniar com as empresas ou com a prefeitura para garantir horários para que os trabalhadores usuários com HAS e/ou DM fossem consultados ou a equipe realizasse pesquisas nos centros de trabalho aos usuários com tais doenças. Além disso, é importante atingir ao restante da população realizando trabalhos de promoção de HAS e DM. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar no programa de pré-natal e puericultura na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado secretário de saúde do município de Tupanci do Sul,

Com o objetivo de capacitar os profissionais da Estratégia Saúde da Família do SUS e promover o aprimoramento da gestão e da organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, a qualificação da prática clínica, a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde, a cidadania e a participação social, surgiu, em 2010, a proposta do Ministério da Saúde de ofertar a especialização em saúde da família em larga escala, através da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) em parceria com instituições públicas de educação superior e credenciadas pelo Ministério da Educação. Nessa perspectiva, a Universidade Federal de Pelotas através do Departamento de Medicina Social, lançou, em 2011, a Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância.

A minha inserção nesta especialização ocorreu em 2014, a partir da vinculação com o Programa Mais Médicos, também disponibilizado pelo Ministério da Saúde, faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, que prevê mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais.

Inicialmente, organizamos um relatório sobre a Análise Situacional da UBS Ambulatório Municipal Tupanci do Sul. Neste relatório apresentamos de que forma o município Tupanci do Sul está organizado em relação aos serviços de saúde, discorreremos sobre a estrutura física da UBS, o processo de trabalho da equipe e como estava sendo desenvolvidas as principais ações programáticas em saúde disponibilizadas na UBS.

Após a análise situacional, ficou identificado que a baixa qualidade de atenção dos usuários com HAS e/ou DM acompanhados na UBS foi um dos problemas a serem enfrentados. Diante disso, construímos um projeto de intervenção tendo como objetivo geral do Projeto “Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS e DM da UBS Ambulatório Municipal Tupanci do Sul”. Para tanto, as ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica. Estes eixos pedagógicos estavam associados aos seguintes objetivos do projeto:

- Ampliar a cobertura da atenção dos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência.
- Melhorar a qualidade da atenção á Hipertensos e Diabéticos.
- Melhorar a adesão de pacientes Hipertensos e Diabéticos ao programa.
- Manter ficha de acompanhamento dos Hipertensos e Diabéticos registrados na unidade de saúde.
- Realizar avaliação e estratificação de risco cardiovascular dos Hipertensos e Diabéticos.
- Realizar ações de promoção da saúde dos Hipertensos e Diabéticos.

O projeto de intervenção foi desenvolvido no período de março a maio de 2015, a equipe realizou ações com os usuários com HAS e DM da área de abrangência da UBS. Abaixo seguem alguns dos resultados obtidos:

Realizamos o cadastro em fichas de atendimento e acompanhamento a 347 (90,1%) usuários com HAS e 48 (98%) usuários com DM maiores de 18 anos de idade. Em relação aos exames clínicos realizados de acordo com o protocolo aos usuários com HAS e DM, foi traçada a meta de 100% para o indicador de proporção de hipertensos e diabéticos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo. Para os usuários com HAS, realizamos 332 (95,7%) exames clínicos no período. Para os usuários com DM os resultados encontrados foram 47(97,9%).

No que se refere à realização dos exames complementares para os usuários com HAS, realizaram os exames 296 (85,3%), da população alvo. Para os usuários com DM os resultados se apresentam da seguinte forma: 39 diabéticos realizaram exames complementares totalizando 81,3% dos usuários com DM. Os objetivos tiveram seus altos e baixos porque em numerosas oportunidades a UBS não tinha como responder com verba suficiente para a realização desses exames. A

meta para este indicador seria realizar 100% dos exames complementares em dia de acordo com os protocolos de HAS e DM dos usuários cadastrados, portanto não foi atingida.

Em relação à meta de garantir a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para os hipertensos e diabéticos foi traçada meta 100%. Em relação aos hipertensos os resultados encontrados foram: 340 (98,3%) com prescrição de medicamentos na Farmácia Popular. Os diabéticos foram atingidos de forma integral ao longo dos três meses, sendo prescritos medicamentos da farmácia 48 diabéticos, totalizando 100% dos usuários alvo.

Ao longo da intervenção foi realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico para os hipertensos, sendo que 223 (64,3%) usuários hipertensos realizaram avaliação odontológica. Em relação aos diabéticos o resultado encontrado foi: 28 (58,3%) diabéticos que realização avaliação odontológica. A maior dificuldade para o cumprimento deste indicador foi à falta do profissional qualificado para realizar os atendimentos, pois na ESF não temos odontólogo no momento, pois a profissional concursada está de licença maternidade, mas tivemos a ajuda do profissional da AB que tem 20 horas na UBS, por isso a baixa estimativa desde indicador. Também fomos ajudados pela assistente odontológica quem foi capacitada previamente para realizar parte desta tarefa.

Foram realizadas as buscas ativa de usuários hipertensos e diabéticos para aqueles que não compareceram as consultas na UBS de forma regular. Na unidade tivemos dificuldades para melhorar este indicador, já que, ficaram usuários inseridos na intervenção porque não foram à unidade para serem avaliados ou a equipe teve dificuldade para realizar a consulta em seus domicílios. A meta para esse indicador era atingir 100% de usuários hipertensos e diabéticos faltosos nas consultas com busca ativa. Em relação aos hipertensos, 29 e 32 faltantes (90,6%) receberam busca ativa. Já os diabéticos foram buscados 7 de 8 faltantes (87,5%) receberam busca ativa. Este indicador tem muita importância porque nosso papel preventivo é atingir 100% da população alvo, mas acreditamos que é de vital importância a ajuda dos usuários e a comunidade para o alcance desta meta.

Em relação à meta de garantir registro adequado na ficha de acompanhamento a 100% de hipertensos e diabéticos, esta foi atingida quase que integralmente. Para os hipertensos, os resultados se comportaram da seguinte

forma: 337 (97,1%) hipertensos tiveram os registros adequados. Em relação aos diabéticos os resultados foram o seguinte: 47 (97,8%) diabéticos com registros atualizados. A meta para esse indicador era de 100%, mas a equipe está satisfeita com a estrutura alcançada na unidade porque antes da intervenção não se tinham registros verdadeiramente adequados para esse indicador.

No que se refere à meta de realizar a estratificação de risco cardiovascular, foram traçadas metas de 100% para os hipertensos e 100% para os diabéticos. Em relação aos hipertensos, 290 (83,6%) realizaram estratificação de risco cardiovascular. Já os diabéticos os resultados foram 40 (83,3%) diabéticos examinados.

No transcurso da intervenção tivemos dificuldades para atingir a meta da avaliação da estratificação de risco cardiovascular dos usuários alvo do projeto. Primeiro lugar porque a secretaria de saúde não tinha recursos suficientes para a realização de exames detalhados para aqueles usuários com alto risco cardiovascular. Além disso, os laboratórios ou instituições especializadas ficam longe do município e temos algumas dificuldades de acesso. Outra questão foram os usuários acamados que não podem ser trasladados de forma cômoda a essas instituições.

As atividades de orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática de atividade física regular, orientação sobre os riscos do tabagismo e os que receberam orientação sobre higiene bucal, foram realizadas em consultas individuais e atividades coletivas. Essas atividades foram as de melhor balanço da intervenção, com mais de 95% de proporção. A equipe de forma geral está bem preparada para orientar nossa população alvo e atingir o restante da população geral da área de abrangência da UBS. Nossas ACS realizam orientações de forma cotidiana com boa qualidade.

Outra dificuldade encontrada durante a intervenção foi a pouca disponibilidade para uso do veículo destinado à equipe da saúde da família, o qual dificultou o acesso ao processo das visitas domiciliares contínuas, impossibilitando em muitas situações a realização das mesmas de forma efetiva. Esta situação tem a possibilidade real de concretização e resolutividade por parte da administração. Acredito que um melhor planejamento da secretaria municipal poderia resolver o problema, facilitando o veículo de forma integral à equipe de saúde da família.

Apesar das dificuldades enfrentadas no município foi possível ampliar a cobertura dos atendimentos ao grupo priorizado, como é a hipertensão e diabetes que se não tratadas a tempo e controladas podem criar complicações até a morte, especialmente nos usuários de alto risco. Capacitamos o pessoal da equipe sobre o tema a realizar e durante o período, os quais aderiram na cotidianidade da UBS. Também é importante refletir sobre a possibilidade de ações por parte da gestão, sem deixar fora toda a ajuda brindada a equipe para que for possível a realização do trabalho. Agora a equipe planeja um desafio maior, que é dar continuidade ao programa e melhorar ainda mais os indicadores de qualidade no atendimento aos usuários. Também temos planejado o uso dessa experiência com a intervenção para o desenvolvimento e/ou organização de outras ações programáticas, como atenção ao pré-natal e puericultura na unidade.

Com isso, desejamos contar com a ajuda da secretaria de saúde para continuarmos melhorando a saúde da população da UBS, tendo em vista, que este é um dos principais direitos básicos e essenciais garantidos a população brasileira.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Olá comunidade do Ambulatório Municipal Tupanci do Sul,

Através deste relato, gostaríamos de apresentar o resumo da intervenção realizada na comunidade pertencente à UBS Ambulatório Municipal Tupanci do Sul. Esta intervenção teve uma duração de três meses, no período de março a maio de 2015. Trata-se de uma intervenção sobre o Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Os objetivos traçados foram:

- Melhorar a qualidade da atenção a usuários Hipertensos e Diabéticos da UBS.
- Ampliar a cobertura da atenção dos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência.
- Melhorar a qualidade da atenção á Hipertensos e Diabéticos.
- Melhorar a adesão de pacientes Hipertensos e Diabéticos ao programa.
- Manter ficha de acompanhamento dos Hipertensos e Diabéticos registrados na unidade de saúde.
- Realizar avaliação e estratificação de risco cardiovascular dos Hipertensos e Diabéticos.
- Realizar Ações de promoção da saúde dos Hipertensos e Diabéticos.

Durante o período de realização da intervenção a equipe de trabalho (Equipe de Saúde da Família) fez um conjunto de atividades (ações) programadas para o cumprimento dos objetivos. Com a conclusão do período da intervenção a equipe atingiu mais de 90 % da população de diabéticos e hipertensos da nossa área. Realizamos uma serie de atividades educativas coletivas e individuais com os hipertensos e diabéticos como: palestras, visitas domiciliares, encontros com comunidades da periferia, feiras de saúde, consultas individuais.

Apresentarei alguns resultados alcançados com essa intervenção: cadastramos 347 (90,1%) hipertensos e 48 (98%) diabéticos. Realizamos exames

clínicos em 332 (95,7%) hipertensos e em 47(97,9%) diabéticos. Foram prescritos de medicamentos da Farmácia Popular para 340 (98,3%) hipertensos e 48 diabéticos (100%). Realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico para 223 (64,3%) hipertensos e 28 (58,3%) diabéticos.

Além dessas ações, outras foram ofertadas para melhorar o atendimento aos hipertensos e diabéticos, tais como: busca ativa dos usuários faltosos, registro adequado, avaliação do risco cardiovascular e ações para melhorar os conhecimentos, a qualidade de vida e a saúde dos usuários a partir de orientações planejadas.

No transcurso da intervenção tivemos dificuldades para atingir de forma efetivada a todos os usuários hipertensos com avaliações mais detalhadas dos riscos individuais e coletivos dos usuários alvo do projeto. Primeiro lugar porque a secretaria de saúde não tinha recursos suficientes para a realização de exames complementares mais detalhados para aqueles usuários com alto risco cardiovascular. Além disso, temos laboratórios ou instituições especializadas que ficam longe do município e temos algumas dificuldades de acesso. Outra questão foram os usuários acamados que não podem ser trasladados de forma cômoda a essas instituições, mas estes últimos tiveram atenções específicas para suas condições físicas.

Finalizando destaque que o desafio valeu a pena, pois plantamos a semente onde posteriormente se fará a colheita, pois a população foi motivada e incentivamos a participação mais ativa na sua saúde. É importante destacar o papel primordial que joga a população neste contexto, porque com a boa relação que a equipe e a gestão têm com a comunidade é possível trabalhar e realizar ações para melhorar a saúde de nossa população. A equipe tem planejado dar continuidade ao programa, espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O processo de aprendizagem de meu trabalho no curso de especialização de Saúde da Família superou todas as minhas expectativas. Considerando vários aspectos críticos, o desafio superado expõe uma série de atividades individuais e coletivas encaminhadas a superar vários objetivos. O primeiro desafio foi o idioma ou linguagem que, ainda com uma série de dificuldades, tenho superado as barreiras mais amplas da comunicação, permitindo o acesso primordial à comunicação em saúde, que é a relação médico-paciente. Ao iniciar o curso também percebi outra dificuldade que seria o enfrentamento a um curso de superação profissional com modalidade a distância, ou seja, pela internet.

Após as primeiras impressões e leitura do projeto pedagógico, ao início das primeiras aulas e a interação com o Ambiente Virtual, comecei a participar dos fóruns, interagir com alguns colegas, professores e coordenadores, aprender conteúdos e fiquei ainda mais surpreso. Compreendi a coletividade do projeto e a riqueza de conhecimentos que proporcionaria para a equipe a pra mim. Comecei a compartilhar aprendizados com a equipe multidisciplinar da UBS que trabalho, trouxe para fóruns considerações e dúvidas dos membros da equipe e compartilhei experiências com os colegas e, fundamentalmente, com minha orientadora, Daniela Nunes Cruz.

Passei por alguns problemas pessoais que, ocasionalmente, me afastaram do curso várias vezes de forma temporária, mas com a ajuda da equipe que me motivou e estimulou a continuar, fiquei mais tranquilo e consegui continuar no curso e com a intervenção.

Achei que realizar a intervenção na UBS não seria tão difícil como foi. Primeiramente, tive dificuldade em seguir o cronograma proposto, pois deixava o

projeto sempre para segundo plano, diante de outras demandas da unidade, e outras dificuldades físicas próprias como: internet e computador. Acredito que poderia ter me doado mais ao curso e, assim, cumprir os prazos corretamente, mas considero satisfatória a realização da intervenção com os resultados alcançados, ainda que não tão abrangentes, e com meu aprendizado.

Considero o curso de especialização de grande significado para a minha prática profissional, a possibilidade de adquirir novos conhecimentos a cerca da Estratégia Saúde da Família e a oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e dos membros da equipe da UBS aos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, além da valorização profissional.

Aprendi, nesse curso, que nossas ações em saúde devem ser programadas baseando-se em dados, pois é onde melhor serão apresentadas todas as necessidades da população assistida e onde podemos definir e priorizar ações direcionadas a elas, para que promovamos um impacto no processo saúde-doença dessa população.

O desafio tem sido muito grande, ao chegar até aqui me senti muito animado já que viemos para ajudar a melhorar a saúde daqueles usuários mais carentes que precisavam de atenção médica e tentar dar continuidade a um projeto muito importante - atenção primária de saúde. Meus conhecimentos na atenção primária em saúde no Brasil e sobre o SUS foram enriquecidos através dos casos e práticas clínicas realizadas, da bibliografia proporcionada no transcurso de cada unidade e assim pude melhorar a qualidade nos atendimentos dos usuários.

Foi minha primeira experiência em meus anos de trabalho na estratégia de saúde e o curso a distância me proporcionou melhor capacidade técnica na metodologia para planejar ações, desenvolver habilidades para organizar as informações e conseguir realizar uma análise situacional de qualidade que permitiu criar estratégias a favor de uma melhor atenção de saúde na UBS.

Referências

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)

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)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação em saúde para a Atenção Básica. Brasília, 2013.

Apêndices

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia 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.

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

	A	B	C	D	E	F
1	Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 4					
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1				
5		2				
6		3				
7		4				

Planilha de coleta de dados (Colunas A a F)

G	H	I	J	K	L
O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Planilha de coleta de dados (Colunas G a L)

M	N	O	P	Q	R	S
Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Planilha de coleta de dados (Colunas M a S)

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

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

Assinatura do declarante

Fotografia



Figura 24. Palestra com Usuários com diabetes da Comunidade Claudinos



Figura 25. Usuários com diabetes da comunidade Claudinos



Figura 26. Atividade com grupo de idosos da secretaria da assistência social



Figura 27. Palestra sobre atividade física de usuários com hipertensão