

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos na
UBS/EFS Dr. Alberto Benincá, Serafina Corrêa/RS**

Edgar Reyes Munoz

Pelotas, 2015



Edgar Reyes Munoz

**Melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos na
UBS/EFS Dr. Alberto Benincá, Serafina Corrêa/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: Tâmara Vieira Santos

Pelotas, 2015

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

M967m Muñoz, Edgar Reyes

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS/Efs Dr. Alberto Benincá, Serafina Corrêa/RS / Edgar Reyes Muñoz; Tamara Vieira Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.


99 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. Santos, Tamara Vieira, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371



*A Orientadora Tâmara Vieira Santos pela
paciência na orientação e incentivo, que tornou
possível a conclusão deste Trabalho.
Aos meus pais, irmãos, e a toda minha família
que, com muito carinho e apoio, não mediram
esforços para que eu chegasse até esta etapa de
minha vida.*



Agradecimentos

Obrigado a todas as pessoas que contribuíram para meu sucesso e para meu crescimento como pessoa.

Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês.

Muito obrigado.

Resumo

REYES, Edgar Munoz. **Melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS/EFS Dr. Alberto Benincá, Serafina Corrêa/RS.** 2015. 98f. 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.

O trabalho de educação em saúde refere-se à intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Dr. Alberto Benincá, no município de Serafina Corrêa/RS, no período de fevereiro a junho de 2015, como avaliação parcial do processo de aprendizado do curso de Especialização em Saúde da Família/UFPel. Já que as ações de educação em saúde são importantes instrumentos para a melhoria da qualidade de vida dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, pois com práticas associadas ao controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, o incentivo a prática de atividades físicas e a alimentação saudável, redução do tabagismo e etilismo, contribuirão para a redução de quadros de morbimortalidade, decorrentes das complicações causadas pelas doenças. O objetivo deste trabalho foi melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência. Pois é considerado de grande relevância epidemiológica o controle destas patologias, tendo em vista o elevado crescimento das doenças crônicas não-transmissíveis e as comorbidades associadas. Refletindo sobre isso, definimos como foco da intervenção trabalhar com os usuários hipertensos e/ou diabéticos, na qual desenvolvemos durante 16 semanas (12 semanas presencialmente e 4 semanas equipe deu continuidade) diversas ações programáticas, sendo que o trabalho contemplou ações nos quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica. Sendo elas: avaliação do risco cardiovascular, realização de exames clínicos e laboratoriais, orientações nutricionais, incentivo a prática de atividade física, reorganização dos registros, grupos de educação em saúde, visitas domiciliares, reuniões com líderes da comunidade, qualificações para os profissionais. Além da divulgação na comunidade das ações realizadas na UBS. Para monitorar as ações foram utilizadas a ficha-espelho e a planilha de coleta de dados, disponibilizadas pelo curso. Na área de abrangência temos aproximadamente 5.000 habitantes, sendo 760 usuários com hipertensão e 188 com diabetes mellitus, de acordo com os dados do VIGITEL (2011). A intervenção realizada teve como resultado o cadastramento de 170 (51,2%) usuários hipertensos e 47 (56%) diabéticos, destes 100% estavam com exames clínicos e complementares em dia, com prescrição de medicamentos da farmácia popular, com estratificação de risco cardiovascular, orientações nutricionais e odontológicas, incentivo a prática da atividade física, orientações sobre os riscos do tabagismo e etilismo. A equipe de saúde já incorporou as ações da intervenção na rotina de trabalho, para que assim possa ser ampliada a cobertura do programa, bem como melhorar a atenção à saúde destes usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, contribuindo em prol da saúde de toda a comunidade.

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

Lista de Figuras

- Figura 1 Gráfico - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Dr. Alberto Benincá/RS. 2015. 63
- Figura 2 Gráfico - Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Dr. Alberto Benincá/RS. 2015. 64
- Figura 3 Gráfico - Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Dr. Alberto Benincá/RS. 2015. 65
- Figura 4 Gráfico - Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Dr. Alberto Benincá/RS. 2015. 66
- Figura 5 Gráfico- Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Dr. Alberto Benincá/RS. 2015. 67
- Figura 6 Gráfico - Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Dr. Alberto Benincá/RS. 2015. 67
- Figura 7 Gráfico-Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Dr. Alberto Benincá/RS. 2015. 69
- Figura 8 Gráfico-Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Dr. Alberto Benincá/RS. 2015. 69
- Figura 9 Gráfico-Proporção de hipertensos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na UBS Dr. Alberto Benincá/RS. 2015. 70
- Figura 10 Gráfico-Proporção de diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na UBS Dr. Alberto Benincá/RS. 2015. 70
- Figura 11 Gráfico - Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Dr. Alberto Benincá/RS. 2015. 72
- Figura 12 Gráfico - Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Dr. Alberto Benincá/RS. 2015. 72

Figura 13 Gráfico - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Dr. Alberto Benincá/RS.73 2015.

Figura 14 Gráfico - Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS. Dr. Alberto Benincá/RS.73 2015.

Figura 15 Gráfico - Proporção de hipertensos com mapeamento de risco para doença cardiovascular na UBS Dr. Alberto Benincá/RS.74 2015.

Figura 16 Gráfico - Proporção de diabéticos com mapeamento de risco para doença cardiovascular na UBS Dr. Alberto Benincá/RS.75 2015.

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente Comunitário de Saúde
CEO -	Centro de Especialidades Odontológicas
CMS -	Centro Municipal de Saúde
DM -	Diabetes Mellitus
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia Saúde da Família
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS -	Ministério da Saúde
NASF -	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
RS -	Rio Grande do Sul
SIAB -	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFPeI -	Universidade Federal de Pelotas
UPA -	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

Apresentação	11
<u>1 Análise Situacional</u>	Erro! Indicador não definido.
<u>1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APSE</u> Erro! Indicador não definido.	
<u>1.2 Relatório da Análise Situacional</u>	Erro! Indicador não definido.
<u>1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional</u>	Erro! Indicador não definido.
<u>2 Análise Estratégica</u>	Erro! Indicador não definido.
<u>2.1 Justificativa</u>	Erro! Indicador não definido.
<u>2.2 Objetivos e metas</u>	Erro! Indicador não definido.
<u>2.2.1 Objetivo geral</u>	Erro! Indicador não definido.
<u>2.2.2 Objetivos específicos e metas</u>	Erro! Indicador não definido.
<u>2.3 Metodologia</u>	Erro! Indicador não definido.
<u>2.3.1 Detalhamento das ações</u>	Erro! Indicador não definido.
<u>2.3.2 Indicadores</u>	Erro! Indicador não definido.
<u>2.3.3 Logística</u>	Erro! Indicador não definido.
<u>2.3.4 Cronograma</u>	Erro! Indicador não definido.
<u>3 Relatório da Intervenção</u>	Erro! Indicador não definido.
<u>3.1 Ações previstas e desenvolvidas</u>	Erro! Indicador não definido.
<u>3.2 Ações previstas e não desenvolvidas</u>	60
<u>3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados</u>	60
<u>3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços</u>	60
<u>4 Avaliação da intervenção</u>	Erro! Indicador não definido.
<u>4.1 Resultados</u>	Erro! Indicador não definido.
<u>4.2 Discussão</u>	Erro! Indicador não definido.
<u>5Relatório da intervenção para gestores</u>	80
<u>6Relatório da Intervenção para a comunidade</u> ..	Erro! Indicador não definido.
<u>7Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem</u> ..	Erro! Indicador não definido.

Referência.....	88
<u>Anexos</u>	Erro! Indicador não definido.

Apresentação

Este trabalho de intervenção trata-se do Trabalho de Conclusão do Curso da Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). As ações foram realizadas na Unidade Básica de Saúde Dr. Alberto Benincá, no município de Serafina Corrêa/RS, com o objetivo de contribuir com a melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, cadastrados na área de abrangência.

Na primeira etapa do projeto consta a Análise Situacional do serviço de saúde em relação à estrutura física da UBS, processo de trabalho e território de atuação. Na segunda etapa, consta a Análise Estratégica, onde foi justificada a escolha da população-alvo, propomos os objetivos e as metas, fizemos o detalhamento das ações, foram analisados os indicadores e apresentada a logística das ações. Foi elaborado o cronograma da intervenção com todas as ações a serem realizadas nas 16 semanas.

A terceira etapa do trabalho refere-se ao Relatório da Intervenção onde estão descritas as ações desenvolvidas no serviço de saúde no decorrer da intervenção, as dificuldades e facilidades encontradas na coleta e a sistematização dos dados, e a viabilidade da incorporação das ações à rotina de trabalho do serviço de saúde.

Na quarta etapa, ao concluir o período da intervenção, encontra-se a Avaliação da intervenção, com a apresentação dos resultados obtidos e a discussão dos mesmos. Como parte da divulgação das ações, foi feito o Relatório da Intervenção para Gestores e para a comunidade, destacando a importância da intervenção para os usuários, equipe e comunidade.

Por fim, na quinta etapa, trata-se de uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem obtido durante todo o curso de especialização.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Começo com a descrição da Unidade Básica de Saúde (UBS) que atuo, conhecida como Gramadinho – Dr. Carlos Alberto Benincá, que está composta por uma sala de recepção, uma sala de procedimentos ambulatoriais, sala de coleta citopatológica, sala de acolhimento, consultório médico, odontológica e farmácia. Nossa equipe conta com um médico da comunidade, duas enfermeiras, uma assistente de odontologia e uma odontóloga. Temos também cinco ACS, uma atendente de farmácia, motivo pelo qual não faz entrega de medicamentos controlados, já que não dispomos de um farmacêutico na unidade.

A UBS oferece uma vez ao mês as usuárias gestantes ou não, atendimento com o ginecologista, com consultas previamente agendadas, já o acompanhamento das crianças menores de um ano é feito pelo pediatra. A unidade está bem projetada, dispõe de boa estrutura física, além de um sistema de informações que permite aos usuários visualizar e adquirir novos conhecimentos enquanto aguardam para serem atendidos. Conta também com um bom sistema de informatização, que permite o fluxo de dados com rapidez e organização.

Nesta unidade resolvemos os problemas de saúde relacionados ao nível de atenção básica e garantimos a continuidade de tratamento dentro de um sistema de referência e contra referência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar ou encaminhamento para outras especialidades.

A grande parte do trabalho da UBS são consultas médicas propriamente ditas e visitas domiciliares, estas últimas que às vezes são prejudicadas pela pressão assistencial devido ao excesso de demanda de usuários, com que conta a UBS, que tem um universo populacional em torno de 5.000 usuários, com 1.169 famílias estimadas, distribuídas em sete micro áreas, já que anteriormente eram só seis micro áreas. Essa estimativa populacional é resultado do último mapeamento feito em 2012, utilizando o programa TECNOS, anterior ao e-SUS. Infelizmente ainda não contamos com todas as áreas cadastradas e atualizadas,

devido à falta de ACS e demais registros, o que dificulta termos os dados fidedignos do número populacional.

Na UBS todos os membros que a compõem, trabalham todos os dias, em tempo integral, com horário de trabalho de oito da manhã a cinco horas da tarde, todos os setores também funcionam durante os dois turnos. A interação entre os profissionais é muito boa, tive um bom acolhimento pela equipe, o que me permitiu uma boa adaptação ao novo sistema de trabalho.

A gestão da unidade é participativa e colabora com as ações planejadas pela equipe. O médico clínico também contribui diretamente com as atividades que são planejadas, tendo o apoio do coordenador de saúde e os diretores da Secretaria Municipal de Saúde.

No momento não temos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). No município existe um Conselho de Saúde Municipal (CMS) que é atuante e participativo. Entre os funcionários e locais de apoio à unidade, temos às Secretarias de Apoio, de Vigilância Sanitária, de Assistência Social e de Obras.

Entre as doenças que mais predominam em nossa área, estão as doenças crônicas não transmissíveis, onde destaca a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Doenças Ostearticulares Degenerativas, Transtornos Psicológicos e Psiquiátricos como Depressão, Ansiedade e Transtornos Bipolares, sendo observado que estas últimas patologias (psiquiátricas) existem fatores predisponentes, como o excesso de trabalho na população mais jovem para ingressar no mercado de trabalho e colaborar economicamente na renda familiar. Temos também muitos casos de isolamento dos usuários idosos, que passam a maior parte do tempo sozinho, também predomina um grande percentual de casos de usuários com dislipidemias, resultado dos maus hábitos alimentares da população. Já as doenças transmissíveis, temos casos HIV e outras infecções do trato superior, infecções respiratórias e gastrointestinais, têm também doenças ocupacionais, tabagismo e em menor quantidade casos de alcoolismo, dentre outras. Mas posso dizer que a Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus pelo risco que constitui para a vida e o não acompanhamento e tratamento adequado, e pela quantidade de usuários que apresentam essas patologias na comunidade, este será o motivo para que sejam feitas intervenções práticas, objetivas e que tenham

continuidade, justamente para incidir sobre os fatores de risco e as possíveis complicações, uma vez diagnosticadas essas doenças.

De modo geral, a comunidade dispõe de uma boa infraestrutura, a grande maioria dos usuários é de classe média, o que faz que o surgimento de algumas patologias seja raro em nosso município, como casos de cólera, lepra, entre outras patologias deste tipo.

Durante as visitas domiciliares, a equipe conhece a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, dando ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas, já que através destas fazemos promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos.

A relação da equipe com a comunidade é muito boa, em particular, como médico da comunidade, que pela primeira vez utilizo a língua portuguesa, foi um pouco mais difícil, porém estou conseguindo ter uma boa relação médico-usuário e através da superação individual vou melhorando a comunicação com meus usuários.

A equipe tem formado vários grupos de apoio que atuam diretamente na comunidade como grupos de usuários portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, Tabagismo e Alcoolismo, prevenção do Câncer de Colo de Útero e de Mama. Também desenvolvemos programas de atenção em saúde bucal, que orienta as crianças e adolescentes. Contamos também com um programa de academia de saúde para os moradores do bairro, uma vez por semana, com a atuação do profissional de educação física, para estimular a prática de atividades físicas.

Apesar de toda organização e união da equipe, enfrentamos algumas dificuldades para o desenvolvimento de algumas ações, como o programa de coleta citopatológica, que apesar de funcionar adequadamente, o resultado do exame demora quarenta dias e pode interferir no início do tratamento precoce, caso seja diagnosticado alguma patologia. Além da insatisfação das usuárias com a demora do resultado.

Entretanto, a equipe está bem engajada para mudar o processo de trabalho na UBS, contribuindo diariamente para que as mudanças planejadas e pactuadas por todos, em prol de benefícios para a comunidade e para os profissionais, sejam alcançadas.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Descrevendo de forma geral a visão do município Serafina Correa, ele é localizado entre vales e montanhas na serra gaúcha, com uma população em torno de 15 mil habitantes. O município está em pleno crescimento econômico, com grande desenvolvimento industrial.

Em relação à população adstrita, é estimada em torno de 5.000 usuários, com 1.169 famílias aproximadamente distribuídas e cadastradas, temos áreas ainda descobertas e não foi possível estabelecer um perfil demográfico com dados fidedignos. Essa estimativa populacional é resultado do último mapeamento feito em 2012, utilizando o programa TECNOS, anterior ao e-SUS. Infelizmente ainda não contamos com todas as áreas cadastradas e atualizadas, devido à falta de duas, das sete ACS e demais registros, o que dificulta termos os dados fidedignos do número populacional. Com este valor estimado a UBS está precisando de outra equipe de saúde, os gestores conhecem a situação e informaram que será formada outra equipe e a UBS vai ser ampliada, mas esta solução será em longo prazo.

A UBS está localizada na zona urbana do município, é denominada de UBS Dr. Carlos Alberto Benincá, tem vínculo direto com a prefeitura, sendo esta que promoveu sua construção. A UBS não desenvolve atividades de ensino, já que no município não temos nenhuma instituição de Ensino Superior e tampouco temos vínculos de parceria com municípios vizinhos.

O modelo de atenção é a Estratégia Saúde da Família (ESF), contamos com uma equipe de saúde da família, que está composta por duas enfermeiras, uma assistente de saúde bucal e uma odontóloga, uma técnica em farmácia, cinco ACS e um médico clínico geral. Na UBS todos os membros que a compõem trabalham todos os dias, em tempo integral, com um horário de trabalho de oito horas da manhã às cinco horas da tarde, onde o trabalho é desenvolvido através de consultas médicas propriamente ditas e visitas domiciliares, sendo que estas últimas às vezes são prejudicadas, devido ao excesso da demanda por atendimento clínico.

Neste município contamos com quatro UBS, todas com ESF, temos o Centro Municipal de Saúde, onde está lotada a direção municipal de saúde, que é a instituição mais importante do município no âmbito das ações de saúde.

Neste momento não contamos com NASF por falta de profissionais para a formação das equipes, dispomos de dois especialistas em pediatria e dois especialistas em obstetrícia, que trabalham todos os dias no município, temos outras especialidades como cardiologia, ortopedia e cirurgia que prestam serviços uma vez ao mês. Contamos com um hospital de pequeno porte, onde são hospitalizados os usuários com doenças de baixo nível de complexidade, os usuários com patologias mais complexas, são encaminhados para o município de referência. Neste hospital, também são feitos os partos pela equipe obstétrica.

No município temos grande disponibilidade para a realização de exames complementares, porém a maior dificuldade é que às vezes existe excesso na demanda e os resultados demoram a ficarem prontos, principalmente exames como eletrocardiograma e exames de Raios-X.

Em relação à estrutura física da UBS, ela conta com quase todos os parâmetros estabelecidos para cada ambiente, exceto na área específica para compressor do consultório de odontologia, que está ao lado do meu consultório e às vezes dificulta a escuta dos usuários no momento da consulta, devido o barulho excessivo. Esta situação já foi informada para nossos gestores, que informaram que resolverão a situação. Contamos com uma recepção, uma sala de espera, um consultório médico e um odontológico, uma farmácia, dois banheiros para os usuários e um para os trabalhadores, uma sala de nebulização e uma de curativos, uma sala para coleta citopatológica, uma copa/cozinha, um almoxarifado, uma área de serviço e uma sala de esterilização.

De modo geral, a UBS foi muito bem projetada para o atendimento de usuários cadeirantes e/ou portador de necessidades especiais como foi apresentado no questionário, o que reduz o risco de acidentes para estes usuários no momento que vão procurar assistência médica. A unidade conta com corrimãos na rampa que está na entrada à UBS, temos rampas alternativas, não existem degraus que dificultem o acesso, as cadeiras da sala de espera são adequadas para atender estes usuários.

Com relação aos equipamentos, infelizmente temos um déficit de computadores no consultório de odontologia, o que também já foi informado aos gestores e por enquanto a assistente de odontologia e o cirurgião dentista usam os computadores dos outros consultórios ou trazem computadores particulares.

Os gestores conhecem esta situação e estamos aguardando a aquisição de outro computador, para resolver o problema.

Referente aos medicamentos e a dispensação de preservativos, a unidade conta com menos de cinquenta por cento dos medicamentos que normalmente deveriam fazer parte da farmácia básica. Segundo explicação da farmacêutica, os recursos financeiros que o governo estadual destina para o município são insuficientes na maioria das vezes para a aquisição de todos os medicamentos, já que existem alguns como os psicofármacos que são muito caros, o que dificulta a sua aquisição. Acontece também, que às vezes o fabricante justifica não dispor de matéria-prima necessária para atender um pedido, motivo pelo qual pode atrasar a entrega dos medicamentos. Outro problema que acontece, é a respeito dos psicofármacos, fitoterápicos e insulina que estes medicamentos devem ser dispensados por um farmacêutico e no município só temos um, então esses medicamentos são dispensados apenas no Centro Municipal de Saúde onde atua o farmacêutico.

Com estas limitações dos medicamentos, a equipe faz uso racional dos medicamentos que estão disponíveis, indicando somente o que o usuário precisa. Até agora, temos tido muito pouca necessidade de solicitar que o usuário compre medicamentos nas farmácias privadas, também temos informado essas dificuldades aos gestores, já que seria importante aumentar nosso espectro terapêutico. Entretanto as possibilidades de solução dependem do aumento da verba que o estado disponibiliza para a aquisição dos medicamentos.

Sobre as atribuições dos profissionais, de modo geral, eles fazem a identificação de indivíduos e famílias expostos a riscos, identificação de grupos de agravos (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase, etc.). A equipe tem formado vários grupos de apoio, que atuam diretamente na comunidade, como grupos de usuários com Hipertensão Arterial e Diabete Mellitus, Tabagismo e Alcoolismo. Os profissionais da equipe estão engajados na proposta de atividades de grupo.

Na UBS são realizadas pequenas cirurgias e procedimentos, assim como são realizados atendimentos de urgências e emergências. A equipe está qualificada para receber usuários com problemas de saúde agudos imediatos/prioritário através das técnicas leves e duras. Entre as doenças que

mais predominam em nossa área estão as doenças crônicas não transmissíveis onde se destacam a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Doenças Ostearticulares Degenerativas, Transtornos Psicológicos e Psiquiátricos como Depressão, Ansiedade e Transtornos Bipolares. Sendo observada que estas últimas patologias (Psiquiátricas), existem fatores predisponente como o excesso de trabalho na população mais jovem para ingressar no mercado de trabalho e contribuir economicamente na renda familiar. Outro problema é o isolamento dos usuários idosos, que passam a maior parte do tempo sozinho, também predomina em grande número as Hiperlipidemias, resultantes dos maus hábitos alimentares por parte da população.

Dentro das doenças transmissíveis, temos HIV como mais prevalente, além de outras Infecções do Trato Superior, Infecções respiratórias e gastrointestinais, têm também doenças ocupacionais, tabagismo e em menor quantidade casos de etilismo.

Com respeito à Demanda Espontânea, apesar de termos uma grande demanda da população, de modo geral, todos os usuários são acolhidos e atendidos pelos profissionais na UBS. Sobre a demanda excessiva, no caso que esteja cheia a agenda e o usuário precise ser avaliado no mesmo dia, a equipe pactua com o Centro Municipal de Saúde e é referenciado para o mesmo, logo após este usuário é contra referenciado, retornando para seu acompanhamento na UBS.

Na atenção ao pré-natal no município, os médicos clínicos gerais não fazem acompanhamento às gestantes e puérperas, já que é feito diretamente pelos três especialistas em Obstetrícia e Ginecologia que atuam no município no Centro Municipal de Saúde, estratégia que é feita antes da minha chegada ao município, pelo Programa Mais Médicos.

No Centro Municipal de Saúde, as gestantes seguem o calendário de vacinas, atendimento odontológico e as consultas de nutrição. Em minha opinião, penso que é uma boa estratégia que gestantes e puérperas sejam acompanhadas pelos especialistas, já que desta forma existem menos burocracia e a atenção oferecida é de qualidade. Por não termos essas informações sobre o acompanhamento destas usuárias, não foi possível avaliar detalhadamente os aspectos positivos e as dificuldades relativas à cobertura da atenção à gestante no serviço, à adesão da população, à qualidade da atenção

à saúde, à qualidade dos registros, ao planejamento e monitoramento das ações, às atividades de educação em saúde. A estimativa de cobertura que temos neste momento são 20 gestantes (27%) e 20 puérperas (33%).

Com respeito à atenção à Saúde da Criança, na unidade só atendemos crianças maiores de um ano, mas que já apresentam um quadro sintomático, já que as crianças menores de um ano são acompanhadas pelos pediatras através de consultas agendadas. Isto é uma estratégia municipal baseado na Resolução Nº/288/08-CIB/RS, sendo que o município tem a Gestão Plena do Sistema de Saúde, o que quer dizer que as autoridades do município decidem quais são as estratégias a seguir no município, em relação às ações de saúde. No município contamos com dois pediatras, eles fazem o acompanhamento das crianças no CMS, neste mesmo local também é feito o acompanhamento do esquema vacinal. Neste momento temos uma estimativa de 20 crianças menores de um ano, o que representa um Índice de Cobertura de 33%.

Sobre o controle do câncer de colo de útero, o acompanhamento é bem organizado, ele é coordenado pela enfermeira da unidade e de modo geral todos os profissionais da unidade estão envolvidos nas ações de educação para a saúde da mulher, engajados no estímulo das usuárias para a realização periódica do exame preventivo do câncer de colo de útero. Na unidade não existe protocolo de prevenção de câncer de colo uterino, como já foi referido no questionário, o rastreamento é programado e oportunístico igualmente como o controle de câncer de mama.

Na UBS no momento da consulta da coleta citopatológica, os dados são registrados no prontuário eletrônico E-SUS, entretanto este programa não permite fazer nenhum tipo de relatório, isto também acontece para o controle de câncer de mama, as usuárias com exames alterados são encaminhadas para o Centro e como os dados são arquivados neste local, não contamos com as informações exatas do número de mulheres com exames alterados, nem quantas tiveram perda de acompanhamento, nem as outras informações solicitadas no Caderno de Ações Programática. A respeito desta dificuldade já informamos aos gestores para analisar a possibilidade de que exista um adequado fluxo de informações entre o CMS e as unidades básicas, para que possamos ter mais controle do programa de câncer de colo de útero, bem como

der subsídios para a realização das visitas domiciliares a estas usuárias e os respectivos acompanhamentos de saúde.

Em relação ao controle de câncer de mama, na unidade fazemos o rastreamento através de ações como o exame clínico e a solicitação de mamografia e ultrassonografia, atividades de educação em saúde, tudo isto com boa adesão da população, os profissionais que fazem este trabalho são os mesmos que fazem o rastreamento no controle de câncer de colo de útero, também não temos protocolo de controle já que fazemos um rastreamento oportunístico.

Neste momento temos uma estimativa de mulheres entre 25 e 64 anos de 1.350 com um indicador de cobertura de 98%, para as ações de prevenção do câncer de colo de útero e uma estimativa de mulheres entre 50 e 69 anos de 490 mulheres, o que representa 95% de cobertura para as ações de prevenção de câncer de mama.

Sobre a atenção dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, na unidade como em quase todas as unidades básicas, são realizados acompanhamentos diários e em ambos os turnos, tanto para usuários hipertensos e/ou diabéticos. Os profissionais que realizam o acompanhamento são: o médico clínico geral, a enfermeira e a técnica em enfermagem. Na unidade realizamos orientações sobre alimentação saudável, controle de peso, estímulo para a prática regular da atividade física, orientamos sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e as doenças associadas à prática do tabagismo.

Desde que comecei a trabalhar na UBS, nunca tivemos protocolos de atenção para hipertensão e/ou diabetes, também não temos escala de estratificação de riscos, estas questões já foram informadas aos gestores para avaliar a possibilidade de implementar os protocolos a nível municipal ou avaliar a possibilidade de implementar os protocolos a nível da unidade. A UBS dispõe do Programa Hipertensão e Diabéticos, no qual as ações desenvolvidas são registradas através do prontuário eletrônico no e-SUS. Neste momento temos em torno de 332 usuários com 20 anos ou mais com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), representando um Indicador de Cobertura de 30% e temos em torno de 84 usuários com 20 anos ou mais que são portadores de Diabetes Mellitus, o que representa uma cobertura de 26%, de acordo com os valores do CAP. Porém como não temos 100% da área cadastrada, esses valores não são

fidedignos. Já através dos dados do VIGITEL (2011), temos 760 usuários hipertensos e 188 com diabetes.

Já atenção à Saúde da Pessoa Idosa, na unidade também realizamos o acompanhamento para os usuários da terceira idade. Os profissionais que realizam o acompanhamento são: o médico clínico geral, a enfermeira, o odontólogo e o auxiliar de odontologia e a técnica em enfermagem. Na unidade realizamos ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, controle de peso, estímulo para a prática regular da atividade física, orientamos sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e tabagismo, diagnóstico e tratamentos de problemas clínicos em geral, entre outras. Desde que comecei trabalhar, nunca tivemos protocolos de atendimento para as pessoas idosas, questão já foi informada aos gestores para avaliar a possibilidade de implementar os protocolos a nível municipal ou avaliar a possibilidade de implementar os protocolos a nível da unidade.

A equipe também faz visitas domiciliares aos usuários idosos, sempre priorizamos os que mais necessitam de avaliação médica, já que no momento as visitas são mais esporádicas, do que programadas, infelizmente pelo excesso de demanda que temos na unidade por atendimento clínico, impedindo que possam ser realizadas as visitas domiciliares com mais frequência. Nestas visitas avaliamos as condições da casa dos usuários, hábitos higiênicos, o ambiente familiar, o estado físico-psíquico do usuário, se a pessoa idosa está sendo bem cuidada, a rede de apoio deste usuário, todos estes com o objetivo de fazer promoção da saúde e prevenção de outras doenças e agravos, como evitar situações como quedas, infecções, estados depressivos, doenças crônicas, que são frequentes nas pessoas idosas. No momento atual, temos uma estimativa de 680 usuários com mais de 60 anos, o que representa um Indicador de Cobertura de 99%.

Na equipe de saúde também temos o Programa de Saúde Bucal, fazemos atendimento para os problemas de saúde odontológico eletivo e agudo, não temos excesso de demanda espontânea nas consultas de odontologia. Infelizmente ainda não oferecemos serviço de prótese dentária, nem atendimento odontológico especializado, como tratamento de canal e outros procedimentos mais complexos, já que estes usuários que demandam esses serviços são encaminhados ao Centro Municipal de Saúde.

Dentre os melhores recursos que a UBS apresenta, contamos com um bom sistema de informatização, já que dispomos de computadores em quase todas as salas, estamos reorganizando e dando ênfase as visitas domiciliares, onde a equipe conhece a realidade das famílias pelas quais somos responsáveis, já que é mais difícil, justamente pelo excesso de demanda da população. Temos um adequado e disponível suporte de equipamentos e instrumentos de uso geral para a realização das atividades na UBS, todos em boas condições de uso.

A maior dificuldade no processo de trabalho, é que nenhum profissional da equipe promove o estímulo e a participação do controle social, já que essas ações de políticas de controle social são realizadas pelo Conselho Municipal de Saúde, o que quer dizer que não existem ações direcionadas de Educação em Saúde, que aborde a importância do Controle Social, empoderamento das informações, a importância da participação das reuniões do Conselho de Saúde, por parte dos usuários e profissionais de saúde. Como resposta para esta situação, a equipe já informou para os gestores a possibilidade de organizar um Conselho Local de Saúde para tomar parte destas políticas e ações, porém até o momento nenhum membro da equipe faz parte do Conselho Municipal de Saúde.

Através desta intervenção percebi que a medida que vamos avançando, vou evoluindo profissionalmente, já que fui melhorando ainda mais a comunicação em português com os usuários e com toda a equipe, fui adquirindo novos conhecimentos no acompanhamento de usuários hipertensos e diabéticos, no trabalho de estratégia de saúde da família. Estou conseguindo também abrir novos caminhos na minha comunidade nas diferentes atividades que estão realizando e as que faltam realizar, em busca de maior promoção de saúde e prevenção de doença, que sem dúvida nenhuma, deveria ser o primeiro ponto de partida na atenção primária de saúde.

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

Para descrever toda a situação da Unidade Básica de Saúde, em todos os âmbitos, como estrutura física, engajamento público, programas

desenvolvidos na UBS, foram necessários o preenchimento dos questionários disponíveis pelo Curso de Especialização e a análise dos Cadernos de Ações Programáticas. Estas atividades permitiram verificar as ações e os processos de trabalho que estavam sendo desenvolvidos na UBS, pois através deles conseguimos identificar diversos aspectos positivos e negativos.

Estabelecendo uma comparação com o texto inicial sobre a situação da ESF/APS e o Relatório de Análise Situacional, refleti que temos que continuar trabalhando, já que às dificuldades encontradas inicialmente, foram somadas as outras novas deficiências que surgiram com os trabalhos posteriores e que foram repensadas no RAS, como por exemplo, a necessidade da formação do NASF e do Conselho Local de Saúde, problemas como a demora dos resultados dos exames complementares, à baixa cobertura dos medicamentos em detrimento do excesso de demanda, que às vezes ocasiona insatisfação na população.

Além de problemas encontrados na estrutura da UBS, como citado anteriormente, a impossibilidade de obter os relatórios através do E-SUS, entre outras dificuldades que foram identificadas, mas que já foi informada a gestão, bem como as estratégias necessárias para a resolução, e esperamos que sejam resolvidos esses problemas a curto e longo prazo, dependendo da situação de cada um.

De modo geral, a situação que temos mais dificuldade na UBS até o presente momento, é o excesso de demanda espontânea e a dificuldade de poder obter dados estatísticos reais através do programa E-SUS. Além das dificuldades em reorganizar as visitas domiciliares, devido infelizmente a cultura curativa da população.

Entretanto, com o decorrer das atividades da análise situacional, foi possível observar os dados de cobertura dos programas de saúde e pensar sobre a importância da criação e do desenvolvimento de atividades voltadas para a promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos, com um método eficiente e prático e que sensibilize a comunidade e contribua com o processo de trabalho dos profissionais. Além, da importância de capacitar sempre à equipe de saúde, buscando uma melhor atenção do acolhimento e do atendimento prestado a comunidade.

Pois compreendemos que os processos de mudanças buscando melhorias nas ações e nos serviços de saúde são lentos, porém quando são identificadas e visualizadas as potencialidades da equipe, o trabalho é facilitado.

Através de todas as ações desenvolvidas durante este período de atuação na UBS, em paralelo com as atividades iniciais do Curso de Especialização, fui aperfeiçoando minha prática profissional.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis aumentados e sustentados de pressão arterial (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006). O Diabetes Mellitus (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WHO, 1999). A HAS e o DM são considerados importantes problemas de saúde no Brasil e no mundo em virtude da sua crescente prevalência (BRASIL, 2013).

A Unidade Básica de Saúde que atuo, Dr. Carlos Alberto Benincá, está composta por uma sala de recepção, uma sala de procedimentos ambulatoriais, sala de coleta citopatológica, sala de acolhimento, consultório médico e odontológico, farmácia. A equipe conta com duas enfermeiras, uma assistente de odontologia e uma odontóloga, uma técnica em farmácia e um médico da comunidade e cinco ACS. A UBS conta com um universo populacional em torno de 5.000 usuários.

A maior parte da população-alvo tem mais de quarenta anos, a grande maioria tem estilo de vida sedentário, não praticam exercícios físicos regularmente, nem seguem as orientações nutricionais adequadas à patologia. O sexo feminino apresenta elevados percentuais de excesso de peso, mais de cinquenta por cento está com Índice de Massa Corporal (IMC) acima do limite da normalidade. Além disso, na população-alvo, temos fumantes e alguns alcoólatras.

A ação programática é muito importante porque através da intervenção proposta, reduzirá o risco de complicações associadas a estas doenças (Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus) como Acidentes Vasculares Encefálicos, Infarto Agudo do Miocárdio, Retinopatias, Insuficiência Renal, entre outras complicações, que poderiam ser evitadas tendo um maior controle destas doenças. Porque apesar de os usuários receber acompanhamento regular, devido excesso da demanda, o acompanhamento não está sendo feito com a qualidade desejada, motivo principal da escolha para o foco da intervenção.

Pois o CAP apresenta baixos índices de cobertura, registros inadequados na UBS, inexistência das ações de promoção de saúde, o que também justifica a escolha deste foco de intervenção. Já que contamos com um universo em torno de 332 e 84 usuários (hipertensos e diabéticos) respectivamente, porém não sabemos se esses dados são fidedignos, devido à falta de registros atuais, a falta de dois ACS especificamente, em duas das sete microáreas que pertencem a nossa área adstrita, o que dificulta o cadastramento da área total, pois dispomos de apenas uma equipe na UBS, dentre outros problemas, o que dificulta conhecermos os valores reais da população. Já que esses números foram obtidos através do último mapeamento realizado em 2012, dados estes obtidos através do programa TECNOS, anterior ao E-SUS. Por isso optamos por utilizar os dados estimados do VIGITEL (2011), disponível na Planilha de Coleta de Dados, que informa que temos 760 usuários hipertensos e 188 diabéticos.

Com a aplicação das diferentes ações pretende-se melhorar a qualidade na atenção destes usuários, estimulando à adesão da população-alvo enquanto a periodicidade das consultas, efetividade dos tratamentos, exames complementares, avaliação da saúde bucal, fazendo promoção e prevenção de saúde, oferecendo orientação nutricional aos usuários, incentivando também a importância de praticar exercício físico regularmente, mapear periodicamente a pressão arterial e a glicemia, evitar o estresse, entre outras ações de saúde.

Na UBS a maior dificuldade para desenvolver esta intervenção é o fator tempo, devido ao excesso populacional e de demanda espontânea, mas, ao mesmo tempo, se controlarmos com mais eficiência estas duas patologias, com certeza, garantirá uma melhor qualidade de vida desses usuários.

Dentre as facilidades para desenvolver este trabalho, está a grande disposição que a equipe tem para enfrentar este desafio e os registros escritos

destes usuários que estão na unidade, já que não é possível fazer relatórios com o programa E-SUS. Todas as ações ficarão registradas na planilha de coleta de dados, o que permitirá avaliar o trabalho no final da intervenção.

A equipe está preparada desde o ponto de vista teórico-prático para o acompanhamento destes usuários e já estão sendo utilizados os protocolos de atendimento que foram disponibilizados através do Curso de Especialização. Pois esperamos que com esse trabalho, possamos sensibilizar sobre a importância do autocuidado, contribuindo assim com as melhorias da qualidade de vida e reduzindo assim os casos de morbimortalidades ocasionadas por estas patologias.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção de Hipertensos e/ou Diabéticos maiores de 18 anos na Unidade Básica de Saúde Dr. Alberto Benincá, no município de Serafina Corrêa/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Meta 2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 3:

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4:

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

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

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

Meta 5

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Carlos Alberto Benincá, no Município de Serafina Correa/RS. Sendo que o médico estará presente em 12 semanas e nas 4 semanas em que estará de férias a equipe de saúde dará continuidade as ações da intervenção.

Participarão da intervenção todos os usuários portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus maiores de 18 anos cadastrados na área de abrangência.

Para a obtenção das informações, foram utilizados os dados registrados nos prontuários dos usuários, as fichas espelhos, as informações obtidas nas consultas, grupos de saúde, visitas domiciliares. Posteriormente as informações foram lançadas na Planilha de Coleta de Dados, disponibilizada pelo curso de Especialização da UFPel e processados os dados, para a obtenção dos resultados da intervenção.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

- A equipe fará revisão das fichas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para levantamento do número de usuários com HAS e/ou DM;
- Serão cadastrados os usuários que pertencem à área adstrita e será feita busca ativa, por todos os profissionais envolvidos.
- Discutir os dados levantados nas reuniões da equipe.
- Envolver toda equipe no processo de cadastramento.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

- A enfermeira e o médico da área deverão realizar semanalmente o controle do registro de dados dos usuários cadastrados, através de uma revisão de prontuário, da planilha de coleta de dados e as fichas espelhos.
- Inspecionar periodicamente o funcionamento dos aparelhos da pressão e do hemoglicoteste, já que dispomos desses equipamentos na UBS e que eles serão calibrados com frequência.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

Detalhamento das ações:

- Fixar na UBS cartazes e materiais educativos a respeito da importância do controle da pressão arterial, a partir dos 18 anos de idade e sobre as atividades desenvolvidas no programa; faremos palestras e/ou atividades em outros locais, como nas escolas, indústrias, associação de moradores e feiras de saúde.

- Orientar os usuários sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial e diabetes, durante as consultas, salas de espera e nos grupos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

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

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

Detalhamento das ações:

- O médico e a enfermeira deverão capacitar os ACS, a respeito da busca ativa periódica dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da equipe que ainda não são cadastrados;

- A enfermeira deverá realizar orientações aos funcionários da equipe sobre a técnica de aferição da pressão arterial e realização do hemoglicoteste (HGT).

– O Médico e a enfermeira deverão avaliar periodicamente a técnica de verificação da Pressão Arterial pelos técnicos de enfermagem, o que pode acontecer nos encontros, reuniões e nas capacitações/qualificações da equipe.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos.

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

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

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.
- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento das Ações:

- Realizar exame clínico integral durante a consulta de Hipertensos e/ou Diabéticos.
- Revisar através do prontuário clínico na ficha de cada hipertenso e/ou diabético se os exames estão atualizados de acordo com o protocolo e à periodicidade recomendada.
- Avaliar conjuntamente com os profissionais de odontologia a necessidade de atendimento odontológico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde para a atenção aos hipertensos.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais para o acompanhamento de hipertensos.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde para acompanhamento de hipertensos.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde para o acompanhamento de usuários diabéticos.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais para o acompanhamento de usuários diabéticos.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde para acompanhamento de usuários diabéticos.
- Garantir a solicitação dos exames complementares de usuários hipertensos.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo aos usuários hipertensos.
- Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados para hipertensos.
- Garantir a solicitação dos exames complementares de usuários Diabéticos.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo aos usuários Diabéticos.
- Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados para Diabéticos.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos para hipertensos e diabéticos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos;
 - organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos;
 - organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento das Ações:

– O médico e a enfermeira orientará cada membro da equipe sobre o papel de cada um no acompanhamento dos usuários da população-alvo.

– Realizar a intervenção baseada nos Cadernos de Atenção Básica - Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial nº 36 e 37, respectivamente do ano 2013 e o Escore de Framingham. Infelizmente a Secretaria de Saúde Municipal ainda não disponibilizou os Protocolos de saúde, nas UBS.

– O médico e a enfermeira avaliarão e controlarão periodicamente a realização dos exames complementares nas consultas e também nas visitas domiciliares.

– Os profissionais deixarão programada a data da próxima realização das consultas e exames a depender do resultado da estratificação de risco cardiovascular.

– O odontólogo e a auxiliar de saúde bucal atualizarão os registros do serviço de odontologia dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e realizarão os exames da cavidade oral nas consultas e visitas domiciliares.

– O médico e a enfermeira deverá obter a garantia com os gestores municipais do apoio para a realização dos exames com agilidade.

– A enfermeira organizará a agenda de odontologia para todos usuários da população alvo que precisarem deste serviço.

ENGAJAMENTO PÚBLICO**Ações:**

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

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

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/para Hipertensos diabéticos e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.
- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Detalhamento das Ações:

- A equipe confeccionará e fixará na UBS cartazes e material educativo a respeito dos riscos da Hipertensão e Diabetes.
- Informar à comunidade através da rádio e dos ACS, além do diálogo com os líderes da comunidade, sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão e o Diabetes.
- Toda equipe de saúde estará responsável por orientar nas consultas e salas de espera, visitas domiciliares e grupos de HIPERDIA aos usuários que tem predisposição as patologias, sobre a importância da realização dos exames complementares periodicamente, para manter o controle e prevenção das referidas patologias.
- Indicar aos usuários a importância da avaliação da saúde bucal, a realização de exame dos pulsos e de sensibilidade das extremidades.
- Explicar aos usuários a importância de não deixar passar o prazo das receitas médicas para a obtenção dos medicamentos e o direito das possíveis vias de obtenção dos mesmos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

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

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/para Hipertensos e diabéticos.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento das Ações:

- O Médico e a enfermeira deverão capacitar aos profissionais da equipe para a realização do exame físico segundo o perfil de cada profissional.
- O médico deverá realizar atualizações nas reuniões de equipe sobre os tratamentos destinados a hipertensos e/ou diabéticos.
- O médico e a enfermeira em parceria com a técnica em farmácia deverão orientar aos profissionais sobre as alternativas para obter os medicamentos necessários ao tratamento.
- O médico em parceria com os profissionais de odontologia deverão orientar os profissionais da equipe em geral, qualificando os profissionais, para que os mesmos tenham capacidade de avaliar e identificar os usuários com necessidade de encaminhamento para avaliação odontológica.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) em hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das Ações:

- O médico e a enfermeira deverão controlar periodicamente o planejamento feito para cada usuário hipertenso e/ou diabético através do prontuário clínico, através planilha de coleta e dados e a filha espelho, que está sendo confeccionada para a população alvo.

– Cada usuário deverá saber com antecipação a data da próxima consulta, que será informado nas consultas ou através dos ACS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**Ações:**

- Organizar visitas domiciliares para buscar os usuários hipertensos e diabéticos faltosos através das ACS.

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

Detalhamento das Ações:

- A equipe confeccionará uma lista diária de usuários hipertensos e/ou diabéticos faltosos as consultas.

- O médico e a enfermeira deverão informar às ACS quais são os usuários faltosos para a recuperação das consultas.

- O médico e a enfermeira deverão readequar a agenda no caso que o usuário falte a consulta, com o objetivo de recuperar a mesma.

- Os profissionais garantirão atendimento para usuários Hipertensos e/ou Diabéticos em demanda espontânea, que não frequentam com regularidade a UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO**Ações:**

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

- Ouvir a comunidade durante as reuniões de comunidades, grupos de saúde, nas salas de espera, sobre estratégias para não ocorrer evasão dos

portadores de hipertensão e/ou diabetes as consultas clínicas e aos grupos de saúde.

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

Detalhamento das Ações:

- Orientar através de cartazes e dos ACS sobre a importância de comparecer a consulta.
- Implantar caixa de reclamações e opiniões para ouvir as estratégias da comunidade e também fazer a escuta dos usuários na sala de espera da UBS.
- O médico e a enfermeira deverão estabelecer um adequado planejamento para evitar atrasos nas consultas e que nenhum usuário deixe de ser atendido.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

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

Detalhamento das Ações:

- O médico e enfermeira deverão informar aos ACS sobre a importância de orientar aos usuários sobre o comparecimento às consultas na data planejada para avaliação e reavaliação e assim detectar precocemente qualquer alteração.
- A equipe planejará e se dividirá em duplas, para promover quinzenalmente atividades de Educação Permanente com a equipe, com a temática de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, trazendo novas informações e atualizações sobre as patologias. Sendo apresentadas em forma de Seminários, Rodas de Conversa, Vídeos, Dramatizações, dentre outros.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

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

Detalhamento das Ações:

- O médico e a enfermeira sensibilizarão e qualificarão os profissionais da equipe sobre a importância de realizar os registros de forma correta.

- O médico e a enfermeira deverão revisar os registros dos usuários hipertensos e/ou diabéticos com o objetivo de melhorar a qualidade no acompanhamento desses usuários.

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:

- A equipe já está confeccionando o registro que serão arquivadas as informações resultantes da intervenção.

- A enfermeira será responsável pelo monitoramento dos registros e será feita uma avaliação diária dos registros nos prontuários, após o atendimento.

- A equipe através dos novos registros mais atualizados terá a possibilidade de detectar qualquer alteração enquanto 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.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

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

Detalhamento das Ações:

- A equipe deve sensibilizar os usuários e acompanhantes e/ou responsáveis sobre a importância de declarar corretamente todas as informações solicitadas pelos profissionais de saúde.

- Os profissionais da UBS deverão orientar os usuários a informar qualquer mudança que exista com seus registros de dados, para a rápida atualização e o direito dos usuários de ter acesso à segunda via dos mesmos, caso necessário.

- Os profissionais deverão realizar uma anamnese completa do usuário, respeitando suas condições socioeconômicas, religiosa e cultural. Atentando-se para as informações prestadas pelo usuário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

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

Detalhamento das Ações:

- O Médico deverá oferecer capacitações aos profissionais da equipe durante as reuniões para o preenchimento adequado dos registros dos hipertensos e/ou diabéticos e dos registros dos procedimentos clínicos, principalmente no prontuário clínico.

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

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**Ações:**

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

Detalhamento das Ações:

- O médico e a enfermeira através dos registros deverão monitorar a realização da estratificação de riscos e também através do prontuário clínico na revisão dos mesmos, que será feito semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**Ações:**

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento das Ações:

- Os ACS deverão realizar busca ativa, identificando os usuários classificados como de alto risco que não são cadastrados e/ou não comparecem a UBS.

- O médico deve dar prioridade na agenda aos usuários classificados de alto risco.

- A equipe deve organizar a agenda para o atendimento dos usuários de alto risco, garantindo o direito de ter de três a quatro consultas por ano.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

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

- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação, prática de atividade física, redução do etilismo e tabagismo.

Detalhamento das Ações:

- Fixar cartazes educativos na UBS e na comunidade, sobre o controle dos fatores de riscos e as possíveis complicações que poderiam surgir com o descontrole das patologias.

- Orientar durante as consultas e no acolhimento aos usuários de alto risco sobre a importância de comparecer as consultas periodicamente devido à condição que apresentam.

- Promover grupos, feiras de saúde, reuniões em Associação de Moradores, em igrejas, dentre outros, discutindo sobre a importância de controlar os fatores de risco e as possíveis complicações que são decorrentes do não controle da Hipertensão e do Diabetes.

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:

- Capacitar às enfermeiras para elevar o conhecimento para a estratificação de risco.
- Oferecer as escalas de estratificação de risco para que em cada contato com os usuários de alto risco sejam registradas as informações.
- O médico e a enfermeira oferecerão informações nas reuniões referentes aos fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo e etilismo aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das Ações:

- O médico e a enfermeira controlarão através dos registros se os usuários têm adequada orientação nutricional.
- A equipe de profissionais avaliará nas consultas, no acolhimento, nas visitas domiciliares se os usuários têm conhecimento dos benefícios da prática da atividade física, sobre os riscos de tabagismos e a importância da adequada higiene bucal.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**Ações:**

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”.
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento das Ações:

- A equipe deverá manter os grupos de tabagismo.
- Os usuários com maus hábitos alimentares serão encaminhados para o nutricionista, já que o município conta com um profissional nesta área.
- Continuar com as parcerias entre a equipe e os professores de educação física.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, isso será de responsabilidade de todos os profissionais da UBS.
- Orientar hipertensos, diabéticos, e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento das Ações:

- Fixar cartazes educativos para orientar aos usuários da importância da alimentação saudável, sobre a prática de atividade física regular sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e a importância da higiene bucal.
- Manter a realização dos grupos de HIPERDIA os quais são ferramentas importantes na promoção e prevenção de saúde.
- Promover palestras, reuniões em Associação de moradores, escolas, com o objetivo de sensibilizar a comunidade sobre a importância da Promoção da Saúde para os usuários portadores de Hipertensão e Diabetes.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento das Ações:

- O médico e a enfermeira deverão capacitar aos demais membros das equipes nas diferentes reuniões e encontros no dia a dia para o desenvolvimento das ações anteriormente planejadas e essas atividades serão feitas em forma de palestras e diálogos com os profissionais.
- Convidar a nutricionista e o odontólogo para realizar ações de matriciamento, para qualificar a equipe quanto as práticas de alimentação saudável e cuidados com referente à saúde bucal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos, como fonte de estudo e bibliográfica vai ser adotado o Manual Técnico - Caderno de Atenção Básica – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial nº 36 e 37, respectivamente do ano 2013 e o Escore de Framingham.

Será utilizado o prontuário eletrônico através do programa E-SUS, onde será feito os registros dos usuários, além da planilha de coletas de dados com todas as ações que serão aplicadas para cada usuário, onde são colocados os dados obtidos, além da ficha espelho.

A enfermeira ficará responsável por revisar os registros dos usuários já cadastrados e os que estão sendo cadastrados. Revisaremos os dados que estão no prontuário clínico e a ficha espelho, faremos a intervenção organizando as ações que já são aplicadas aos usuários e as que faltam serem aplicadas, registrando estes dados na planilha de coleta de dados da nossa intervenção. Isto acontecerá nos quatro meses da nossa intervenção.

Em reuniões, já foram discutidos com a equipe de saúde da UBS a Análise Situacional e foi definido o foco para a intervenção. Agora começaremos a intervenção com a capacitação de toda equipe sobre o protocolo do controle de Hipertensão Arterial e Diabetes. Faremos a capacitação na própria UBS nas terças-feiras, duas vezes por mês, durante uma hora e meia. A enfermeira e o Médico serão os responsáveis pelas capacitações.

Os temas de capacitação serão: Acolhimento e cadastramento de usuários hipertensos e diabéticos; Periodicidade e importância de realização dos exames periódicos; Monitoramento dos resultados dos exames periódicos e registros das informações; Medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação; Capacitação sobre ações de promoção e prevenção de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; Capacitação sobre os fatores de risco em usuários hipertensos e diabéticos. A metodologia utilizada nestas capacitações será a Roda de Conversa.

O acolhimento dos usuários que buscam à unidade para mapeamento da pressão arterial e glicemia periférica, assim como os que buscam as consultas programadas e não programadas, será feito na unidade pelo enfermeiro e a técnica de enfermagem da equipe.

Os usuários que vêm pela primeira vez, serão cadastrados no programa onde serão aplicadas todas as ações do Caderno de Ação Programática e já será planejada a próxima consulta, os que vêm para acompanhamento de rotina planejado ou não receberão o mesmo procedimento. Ainda que na UBS é um pouco difícil realizar essas ações pela falta de tempo e o excesso da demanda, será disponibilizada e priorizada vagas nas agendas dos profissionais, para

aqueles usuários hipertensos e/ou diabéticos em demanda espontânea e os da busca ativa.

Semanalmente a enfermeira e o médico examinarão os registros específicos dos usuários da população alvo, identificando os usuários que estão pendentes de fazer exames, os que estão com consultas atrasadas, os que estão faltando realizar a avaliação da odontologia, os que têm que ser reavaliados por alteração nos exames.

Entraremos em contato com os representantes dos bairros que fazem parte da nossa área de abrangência através dos ACS e apresentaremos o projeto de intervenção, esclarecendo a importância de manter um bom controle da hipertensão e do diabetes para evitar possíveis complicações, sensibilizaremos sobre a importância da participação dos usuários nos grupos de hipertensos e/ou diabéticos. Esse contato será feito através de reuniões na UBS e nas associações com esses representantes, para sensibilizar sobre a importância de serem multiplicadores das informações, esclarecendo sobre a importância das ações direcionadas para este público, na UBS.

Além disso, estamos fixando na UBS cartazes e materiais informativos sobre a importância da realização dos exames periódicos, de manter uma adequada higiene bucal, de manter uma dieta saudável, sobre os benefícios da prática regular de exercícios físicos, a importância da periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Nossos ACS farão busca ativa de todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos, os usuários faltosos serão reagendados, dando prioridade aos mesmos para que sejam avaliados com rapidez. Haverá uma reorganização nas agendas dos profissionais para que possam dar prioridades para esses usuários faltosos.

Para atingir essas metas, solicitaremos para os gestores materiais como: materiais de escritório, para a elaboração de cartazes e folders, sobre como fazer a aferição da glicose e da pressão arterial, além de garantir os aparelhos de aferição (hemoglicoteste e esfigmomanômetro) em perfeito estado na unidade. Lembrando da importância dos gestores garantirem a manutenção preventiva destes equipamentos.

Continuaremos fazendo as reuniões de equipe, onde discutiremos os dados levantados e as ações que precisam ser implementadas para melhorar o

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O projeto de intervenção realizado na UBS Dr. Carlos Alberto Benincá, município de Serafina Correa/RS, teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Esse trabalho foi realizado de fevereiro a junho de 2015, totalizando quatro meses de intervenção. Sendo doze semanas que eu estava presencialmente e as outras quatro semanas que eu estava de férias, a equipe deu continuidade à intervenção.

Dentre as ações previstas no projeto e que foram desenvolvidas, de modo geral, foram cumpridas a maioria delas, como no caso do desenvolvimento das ações da Planilha de Coleta de Dados, porque muitas delas já fazem parte da rotina de acompanhamento destes usuários na UBS, como a realização do exame clínico integral de cada usuário hipertenso e/ou diabético, a solicitação de exames complementares, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, a avaliação da necessidade de utilizar determinados medicamentos, a busca ativa de usuários faltosos, a necessidade do registro adequado de informações para cada usuário na ficha espelho, a avaliação de risco cardiovascular, a realização de orientações nutricionais e sobre a necessidade da prática regular de atividade física, sobre os riscos de tabagismo, a importância de manter uma adequada higiene bucal, dentre outros. As ações de qualificação clínica, destinada aos profissionais, aconteceram durante as reuniões de equipe, em forma de seminários e posterior discussão.

Um fator muito importante, que mudou com a intervenção foi a reorganização dos agendamentos das consultas, pois antes da intervenção, a agenda era aberta, os usuários chegavam na UBS entre cinco a seis horas da

manhã buscando vagas de atendimento. Essa situação mudou, pois agora estamos agendando previamente as consultas, disponibilizando oito consultas médicas pré-agendadas e disponibilizando seis a sete vagas para demanda espontânea diariamente. Além das outras vagas para os demais profissionais. Continuamos com o atendimento diário, todos os dias da semana, em ambos os turnos. Sendo que todos os profissionais da equipe participam do atendimento clínico aos usuários.

Também realizamos salas de espera e palestras para os usuários com HAS e/ou DM sobre alimentação saudável, a importância de exercícios físicos, saúde bucal, tabagismo e sobre o risco cardiovascular. Essas atividades educativas foram realizadas de maneira individual e coletiva durante as consultas, na sala de espera, nas visitas domiciliares e nos grupos de educação em saúde, tanto realizado na UBS, quanto na comunidade.

Outro item importante foi à realização dos exames complementares, esta ação foi desenvolvida sem muitas dificuldades, os usuários retornavam com os resultados dos exames no tempo previsto para a avaliação, sendo o tempo máximo de espera de uma semana. Entretanto a maior dificuldade nesta ação foi que alguns usuários não podiam fazer todos os exames solicitados, já que o SUS só libera três exames/mês e às vezes demoram em agendar os outros exames necessários para o acompanhamento destes usuários, mas isto aconteceu com a minoria dos usuários da população-alvo deste trabalho.

Referente aos medicamentos oferecidos pelo SUS, também não tivemos grandes dificuldades, pois a maioria dos usuários recebem os medicamentos da farmácia da UBS, existe uma minoria que recebe da farmácia popular e um número reduzido de usuários que não tem acesso a alguns medicamentos, pois não são disponibilizados no Sistema de Saúde, geralmente estes usuários são classificados de alto risco e fazem acompanhamento com especialistas e às vezes os medicamentos prescritos pelos especialistas infelizmente não estão disponíveis na farmácia popular ou da UBS.

Com relação à necessidade de atendimento odontológico dos usuários, essa avaliação era feita na consulta e sempre foram priorizados os usuários diabéticos para evitar uma possível descompensação, que pode ser ocasionada por má higiene bucal.

Na ação que aponta à busca ativa de usuários faltosos, também não tivemos grandes dificuldades, já que quase não houve incidência de usuários faltosos às consultas ou demais atividades realizadas neste trabalho.

Com relação aos registros de informações, tivemos bastante êxito, pois foi feita a transcrição das informações para o prontuário eletrônico, através dos dados dos registros individuais dos ACS, das informações da ficha espelho e da planilha de coleta de dados, conferindo as informações de cada um destes registros e realizando sempre o monitoramento destas informações.

O compartilhamento com os usuários e a comunidade sobre os indicadores de monitoramento de qualidade dos serviços oferecidos, foi feito em várias ocasiões, eu geralmente fazia nas consultas e a enfermeira fazia mais nas ações na comunidade. Compartilhávamos nos diferentes contatos que tínhamos com a comunidade, como grupos de Hipertensos e diabéticos e outros. E neste contato com os líderes da comunidade e representantes dos bairros, apresentávamos o projeto e esclarecíamos a importância do controle da HAS e DM. Solicitando apoio nas ações que foram implementadas e informando sobre o andamento da intervenção, relatando as dificuldades e os avanços do desenvolvimento do projeto. Sendo que as ações realizadas nos espaços comunitários, eram utilizadas as capelas das igrejas. Já as outras ações educativas, como as práticas de atividades físicas eram realizadas nas praças e ruas da comunidade.

Tivemos algumas ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas como planejadas. Uma destas ações foi com relação aos grupos de Hipertensos e Diabéticos, que apesar de terem sido realizados nas datas programadas, infelizmente não participei como deveria. Porque os grupos eram feitos na maioria das vezes no horário das consultas clínicas e inviabilizava minha participação, sendo então realizado pela enfermeira, ACS e a técnica em farmácia. Isto acontece porque é grande a demanda por atendimento clínico, e os gestores dão mais prioridades a esse atendimento, não tendo a compreensão sobre a importância das ações de educação em saúde, que também é de grande valia para o acompanhamento/tratamento destes usuários.

Outra ação na qual não pude participar como planejado, foram as atividades de educação física, coordenada pela Educadora física, onde eram encaminhados usuários que eram estimulados a praticar atividade física. Estas

aulas foram feitas uma vez por semana e com boa adesão pelos usuários. Assim como as atividades de terapia ocupacional que foram desenvolvidas na UBS, não pude participar de todas as ações.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Com relação ao cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da área adstrita, a equipe se organizou e trabalhou para conseguir cadastrar os usuários da população alvo, que estavam previstos até o fim da intervenção, mas não conseguimos alcançar os valores propostos para a cobertura, mas este trabalho de cadastramento já faz parte da nossa rotina diária e tenho a certeza que nos próximos meses conseguiremos cadastrar toda a população-alvo do nosso território.

O aspecto negativo, é que os gestores ainda não tem uma visão aprimorada da Atenção Primária de Saúde que é a porta de entrada do SUS, um enfoque na promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como a importância da atuação da equipe multiprofissional, pois faltam diversos profissionais na UBS. Dando ênfase apenas à medicina curativa, o que dificultou desenvolver algumas atividades como planejado.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não tivemos dificuldades no cadastramento e preenchimento, devido à população-alvo escolhida, o que constituiu uma das facilidades para o desenvolvimento desta ação programática. A equipe foi capacitada para a realização do correto preenchimento da ficha-espelho e da Planilha de Coleta de Dados. E com os resultados apresentados através dos Indicadores, tanto de cobertura, quanto os de qualidade, tivemos uma visão ampliada das ações desenvolvidas e as que necessitam de um pouco mais de atenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A perspectiva e as possibilidades de manter e incorporar com mais eficácia as ações na nossa rotina diária na UBS é um fato consolidado, já que estamos conseguindo uma maior adesão das ações por parte dos usuários e com certeza, diminuirá a morbidade e mortalidade por complicações destas

doenças (Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus) garantindo assim uma melhor qualidade de vida.

Pois a equipe continua com a estratégia de ação, dando ênfase ao acolhimento destes usuários, realizando a escuta qualificada de suas demandas e sendo resolutiva. Já que toda equipe foi capacitada para oferecer um serviço de qualidade. Já que houve a melhoria na forma de agendamento das consultas, foram disponibilizados mais horários para visitas domiciliares, estamos dando prioridade de atendimento para os usuários com risco cardiovascular. A equipe continua realizando o exame clínico completo, além de sensibilizar os usuários sobre a importância da realização dos exames complementares e seu retorno na UBS para apresentar os mesmos. Além disso, existe um trabalho extenso de prevenção de doenças por parte dos profissionais, como as orientações sobre alimentação saudável, a prática de atividades físicas, a redução do tabagismo e do etilismo, sensibilizando sobre a importância das atividades em grupo, garantindo assim ações de promoção de saúde para toda a comunidade.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Este tópico tem como finalidade expor os resultados do desenvolvimento do Projeto de intervenção, que proporcionou a melhoria da qualidade da atenção proporcionada aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS Dr. Alberto Benincá, no município de Serafina Correa/RS. Conforme informações do último cadastro populacional, a UBS conta com uma população total de 5.000 pessoas, tendo estimado que 332 sejam usuários com hipertensão e 84 com diabetes. Porém não sabemos se esses dados são fidedignos, devido à falta de registros atuais, a falta de ACS em algumas áreas, o que dificulta o cadastramento da área total, pois dispomos de apenas uma equipe na UBS, dentre outros problemas que dificulta conhecermos os valores reais da população. Já que esses números foram obtidos através do último mapeamento realizado em 2012, sendo que o número estimado de hipertensos e diabéticos foi obtido através do programa TECNOS, anterior ao e-SUS. Por isso, decidimos utilizar os valores

estimados do VIGITEL (2011), que estima 760 usuários portadores de hipertensão e 188 usuários diabéticos na área de abrangência da UBS.

Meta 1.1 - Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Visando atingir o objetivo de ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos, foi proposto como meta, cadastrar 60% dos hipertensos e diabéticos da área adstrita da UBS do Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Dessa forma, com relação aos hipertensos conseguimos atingir no final da intervenção, uma cobertura de 22,4%. No primeiro mês foram cadastrados 38 hipertensos (5,0%), no segundo mês 87 (11,4%), no terceiro mês 127 (16,7%) e no quarto mês 170 (22,4%), como mostra a figura 1.

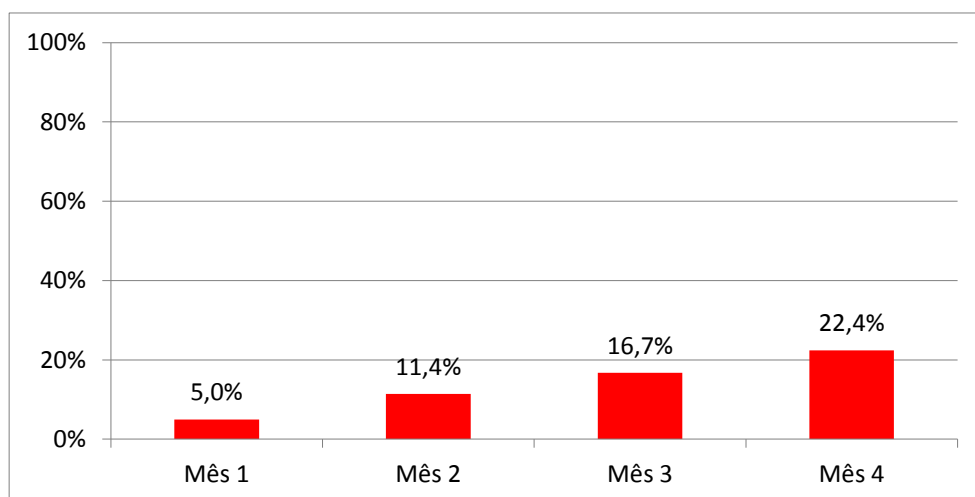


Figura 1 Gráfico: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Dr. Alberto Benincá. Serafina Correa/RS, 2015.
Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

Meta 1.2 - Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Com relação aos usuários com diabetes, alcançamos ao final da intervenção, uma cobertura de 25%. Pois no primeiro mês do projeto, foram cadastrados 11 usuários com diabetes (5,9%), no segundo mês 23 (12,2%), no terceiro mês 31 (16,5%) e no quarto mês 47 (25%).

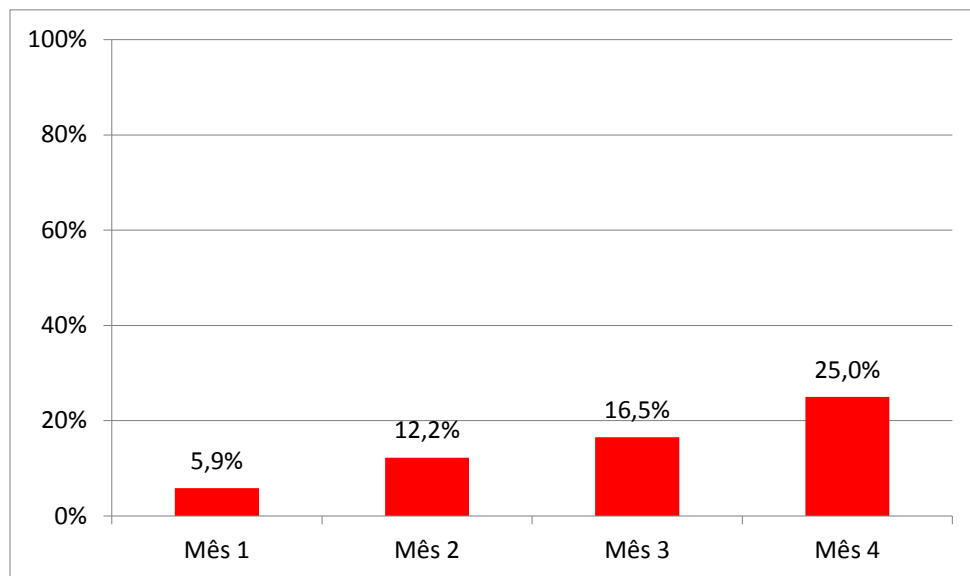


Figura 2 Gráfico: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Dr. Alberto Benincá. Serafina Correa/RS,2015.
Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

Conforme mostra nos gráficos, infelizmente não alcançamos a meta de cobertura proposta de 60%, apesar da intervenção ter sido feita durante os quatro meses. Entretanto, esteve próximo de alcançar a meta proposta. Para melhorar esses indicadores, a equipe dará continuidade as ações propostas na intervenção, inserindo as atividades na sua rotina diária de trabalho e em médio prazo a meta de 60% será alcançada.

Pois realizando uma análise da cobertura e o progresso do crescimento mês a mês, podemos observar que houve um aumento na cobertura da população-alvo, ao longo dos quatro meses, que foi alcançada pelas ações desenvolvidas nos quatro eixos temáticos. Os resultados estiveram bem próximos do previsto, e foram possíveis devido empenho da equipe em geral, pois a reorganização no processo de trabalho da UBS contribuiu muito para a elevação dos indicadores, como o monitoramento e avaliação da cobertura, a sensibilização dos profissionais sobre o acolhimento dos usuários, a importância da realização do cadastramento da população-alvo, a busca ativa pelos ACS, a reorganização da agenda para atender a demanda espontânea e os usuários faltosos, a realização dos grupos de saúde, contribuiu para o sucesso desse trabalho. Apesar das dificuldades enfrentadas, já que existe um excesso de demanda de atendimento clínico, que dificultava a disponibilidade de tempo para a dedicação da realização do trabalho, com total sucesso para este objetivo.

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

Buscando atingir o objetivo de melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos, foi proposto como meta realizar exame clínico em dia de acordo com o protocolo em 100% dos hipertensos e diabéticos. Verifica-se então que esses resultados foram alcançados, pois no primeiro mês da intervenção 38 (100%) usuários hipertensos estavam com exame clínico em dia, no segundo mês 87 (100%), no terceiro mês 127 (100%) e no quarto mês 170 (100%) dos hipertensos acompanhados na UBS.

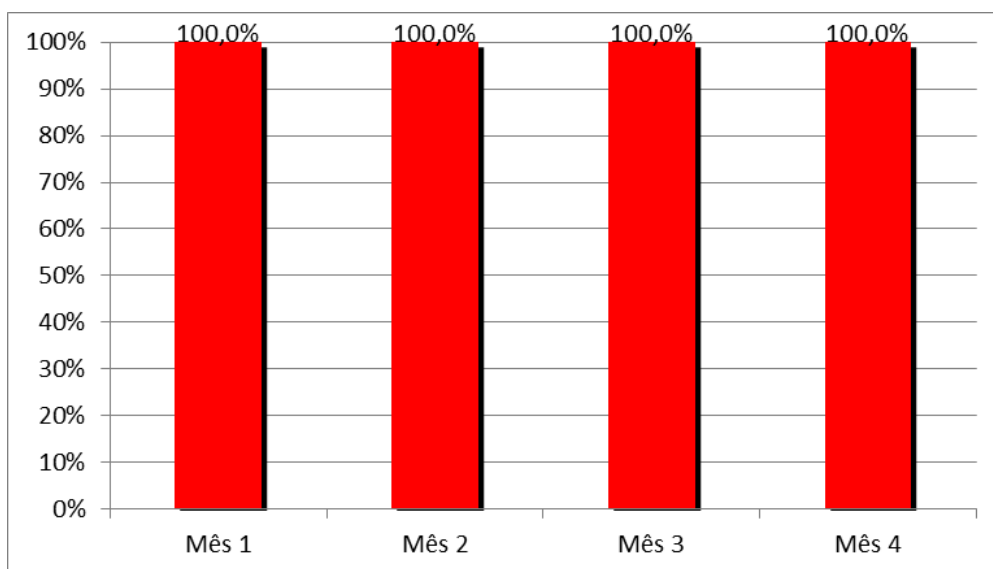


Figura 3 Gráfico: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Dr. Alberto Benincá. Serafina Correa/RS, 2015.
Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

Com relação aos usuários diabéticos, observamos no primeiro mês da implantação da intervenção 11 (100%) dos usuários estavam com exame clínico em dia, de acordo com o preconizado pelo protocolo, já no segundo mês 23 (100%), no terceiro mês 31 (100%) e no quarto mês 47 (100%).

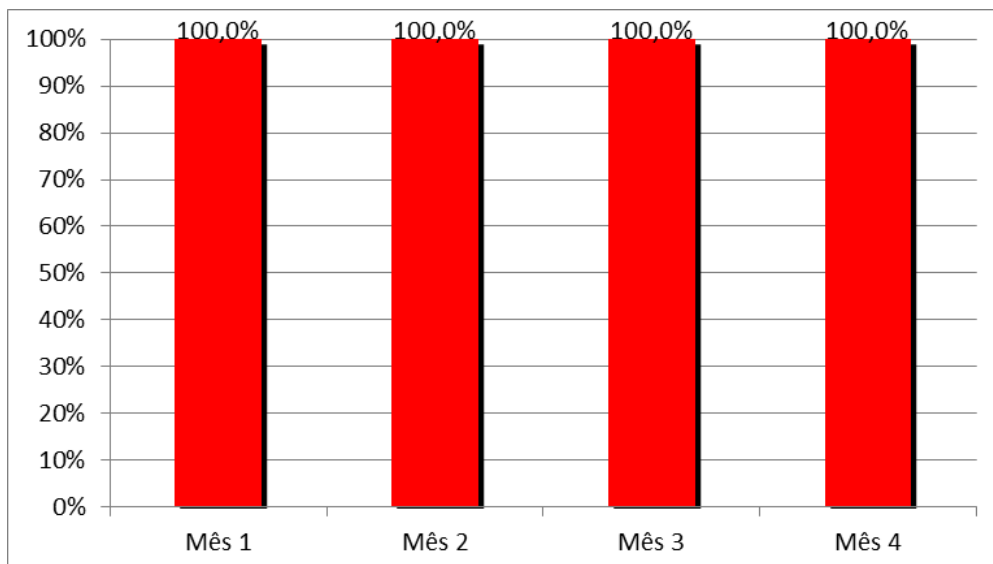


Figura 4 Gráfico: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Dr. Alberto Benincá. Serafina Correa/RS, 2015.
Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

Para o alcance desses resultados positivos do exame clínico em dia de acordo com o protocolo, estes índices cresceram, decorrente da organização das ações, através da implementação do Projeto de Intervenção. Pois os protocolos de atendimento população-alvo eram seguidos pela equipe, na sua rotina diária de trabalho.

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

Desse modo, para contribuir com a melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos, foi estipulado como meta, garantir a 100% destes usuários a realização dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Observa-se então que em relação aos usuários hipertensos, no primeiro mês 38 (100%) realizaram os exames complementares em dia, no segundo mês 87 (100%), no terceiro mês 127 (100%) e no quarto mês 170 (100%).

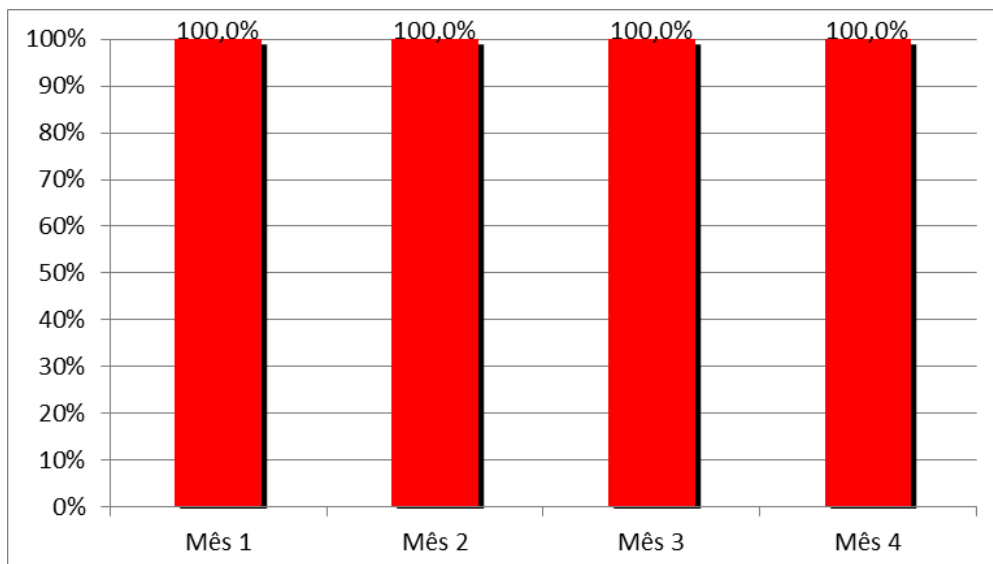


Figura 5 Gráfico: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Dr. Alberto Benincá. Serafina Correa/RS,2015.
Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

Conforme mostra a figura 6, referente aos usuários diabéticos, no primeiro mês foi alcançado o percentual de 100% com 11 usuários com exames complementares em dia, no segundo mês 23 (100%), no terceiro mês 31 (100%) e por fim, no quarto mês 47 (100%).

Infelizmente apesar de o SUS liberar apenas três exames por mês, muitos usuários realizaram os exames em clínicas particulares, quando podiam custear essas despesas.

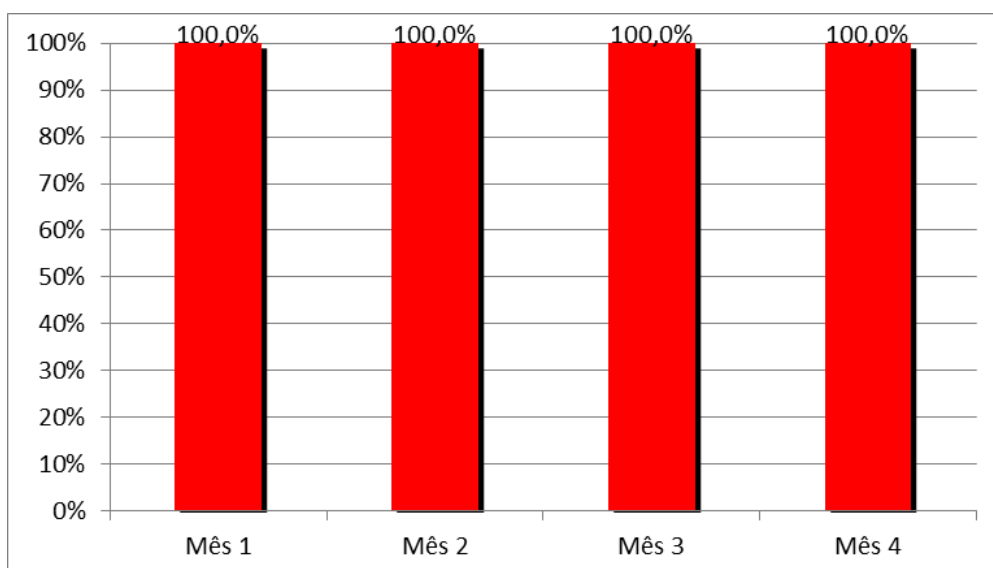


Figura 6 Gráfico: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Dr. Alberto Benincá. Serafina Correa/RS, 2015.
Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

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

Ainda com o intuito de melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, estipulamos como meta da prioridade a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% da população-alvo, cadastrados na UBS. Analisando as figuras 7 e 8, pode observar que foi realizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos durante os quatro meses de intervenção. Observa-se então que em relação aos usuários hipertensos, no primeiro mês 38 (100%) tiveram a prescrição dos medicamentos, no segundo mês 87 (100%), no terceiro mês 127 (100%) e no quarto mês 170 (100%). Referente aos usuários diabéticos, no primeiro mês foi alcançado o percentual de 100% com 11 usuários com medicamentos prescritos da farmácia popular, no segundo mês 23 (100%), no terceiro mês 31 (100%) e por fim, no quarto mês 47 (100%).

Fator importante, pois esses medicamentos são fornecidos pelo Sistema Único de Saúde, sendo que a maioria é gratuita ou apresentam preços mais acessíveis para a população. Entretanto, temos a dificuldade em manter uma oferta regular destes medicamentos, como já citado anteriormente, devido a problemas de recursos financeiros para a aquisição.

É importante que a gestão tente buscar formas de solucionar esse problema, pois apesar de alguns usuários comprarem os medicamentos prescritos, quando não estão disponíveis na farmácia popular, muitos outros não têm condições de adquirir nas redes de farmácias privadas, o que dificulta o controle das patologias, e conseqüentemente agrava o quadro de saúde destes usuários.

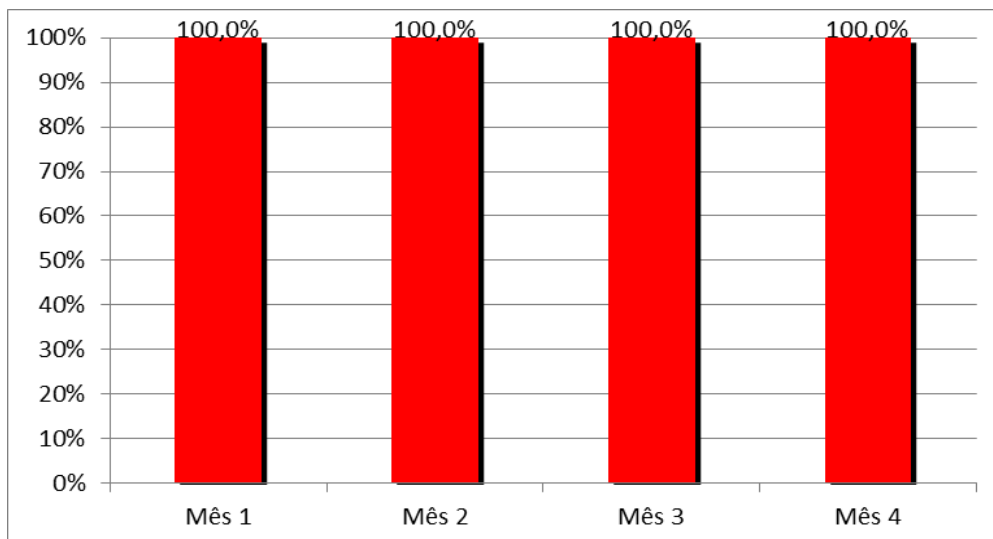


Figura 7 Gráfico: Proporção de hipertensos com prescrição prioritizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na UBS Dr. Alberto Benincá. Serafina Correa/RS, 2015.
Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

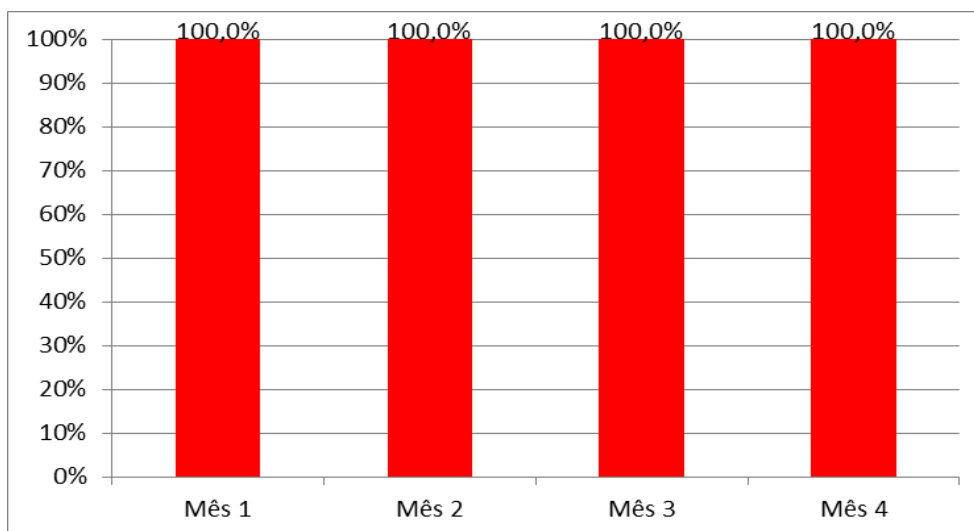


Figura 8 Gráfico: Proporção de diabéticos com prescrição prioritizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na UBS Dr. Alberto Benincá. Serafina Correa/RS, 2015.
Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

Meta 2.7 e 2.8 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS.

Buscando ainda mais contribuir com a melhoria da atenção à saúde proporcionada aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, propomos como meta realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% destes usuários. O importante é que essa meta foi alcançada, conforme apresentado nas figuras 9 e 10. Essa meta foi alcançada devido a união da equipe e principalmente a parceria com o odontólogo e a auxiliar de odontologia,

que contribuíram para que fosse realizado a avaliação e o atendimento odontológico destes usuários. Observa-se então que em relação aos usuários hipertensos, no primeiro mês 38 (100%), no segundo mês 87 (100%), no terceiro mês 127 (100%) e no quarto mês 170 (100%). Referente aos usuários diabéticos, no primeiro mês foi alcançado o percentual de 100% com 11 usuários, no segundo mês 23 (100%), no terceiro mês 31 (100%) e por fim, no quarto mês 47 (100%). Como pode ser visto, evidenciou a estreita parceria que existe entre os membros da equipe, o que foi determinante para atingir os resultados obtidos no projeto.

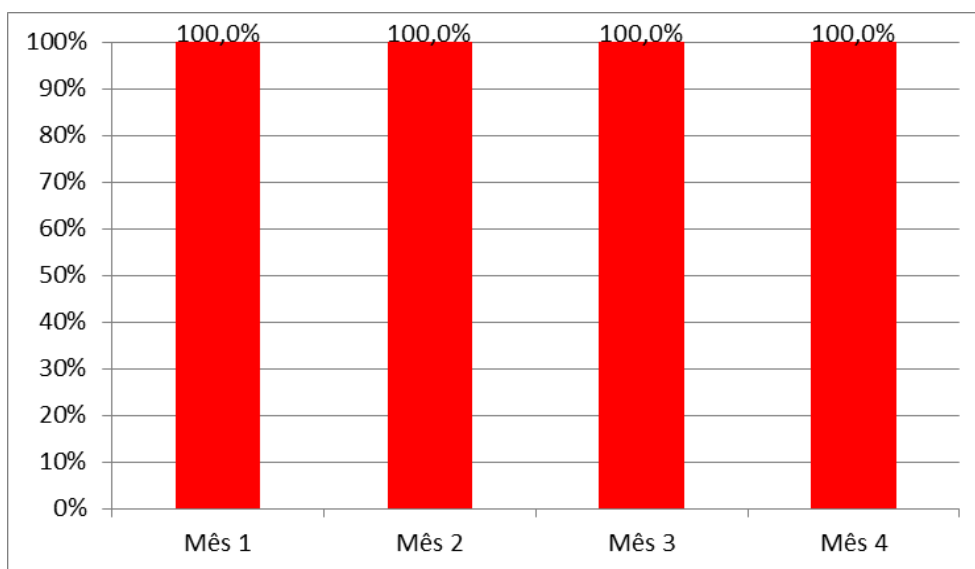


Figura 9 Gráfico: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Dr. Alberto Benincá. Serafina Correa/RS, 2015.
Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

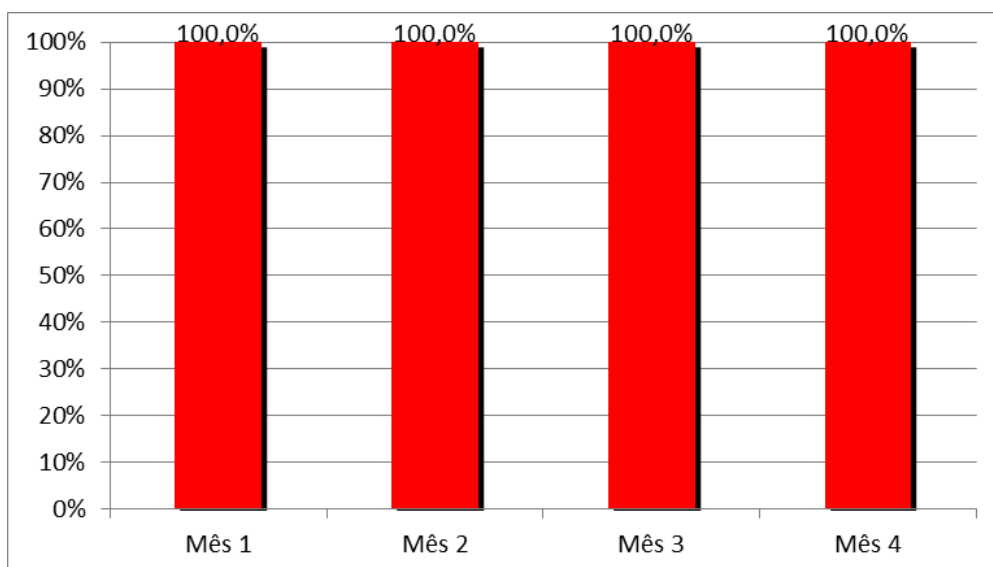


Figura 10 Gráfico: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Dr. Alberto Benincá. Serafina Correa/RS, 2015.
Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

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

Considerando o objetivo de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, foi proposta como meta alcançar 100% destes usuários faltosos a consulta na Unidade de Saúde, conforme a periodicidade preconizada.

Tivemos como resultado final uma baixa incidência de usuários faltosos (quatro hipertensos e três diabéticos), o que determinou uma boa adesão ao programa. Assim no decorrer do projeto de intervenção alcançamos a meta proposta de 100%, conforme apresentado nas figuras 11 e 12. Observa-se então que em relação aos usuários hipertensos, no primeiro mês 38 (100%), no segundo mês 87 (100%), no terceiro mês 127 (100%) e no quarto mês 170 (100%). Referente aos usuários diabéticos, no primeiro mês foi alcançado o percentual de 100% com 11 usuários, no segundo mês 23 (100%), no terceiro mês 31 (100%) e por fim, no quarto mês 47 (100%). E todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos faltosos foram localizados através da busca ativa, através do bom empenho do ACS, assim que eram detectadas as ausências das consultas durante esses quatro meses de intervenção. Nesta busca ativa participou a enfermeira, mas não tanto, como a participação dos ACS, mas todos estavam engajados nesta tarefa, sendo que na busca destes usuários que não compareciam a consulta, os mesmos eram sempre orientados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão a diabetes e a importância de comparecer a consulta.

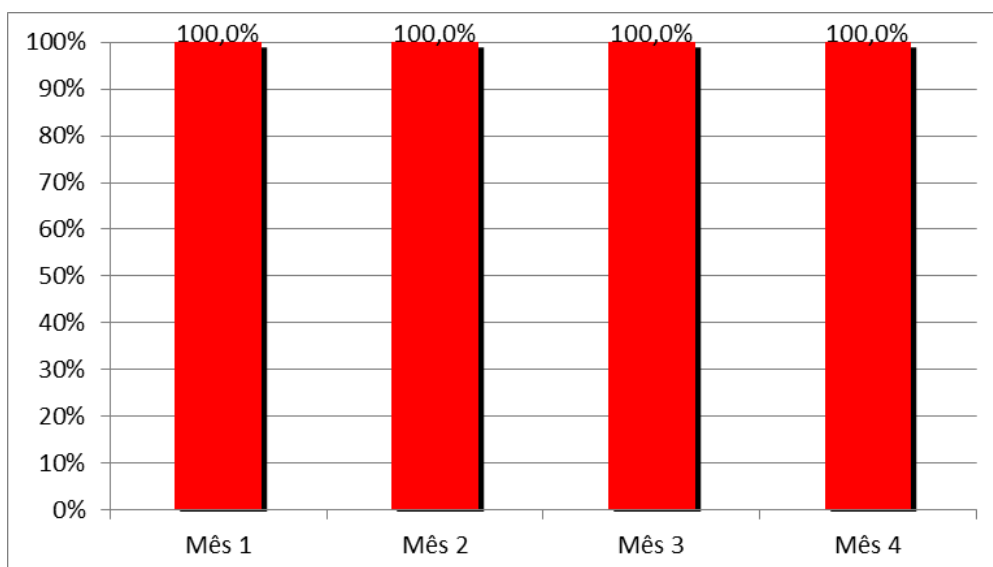


Figura 11 Gráfico: Proporção de hipertensos faltosos a consulta com busca ativa na UBS Dr. Alberto Benincá. Serafina Correa/RS, 2015.
Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

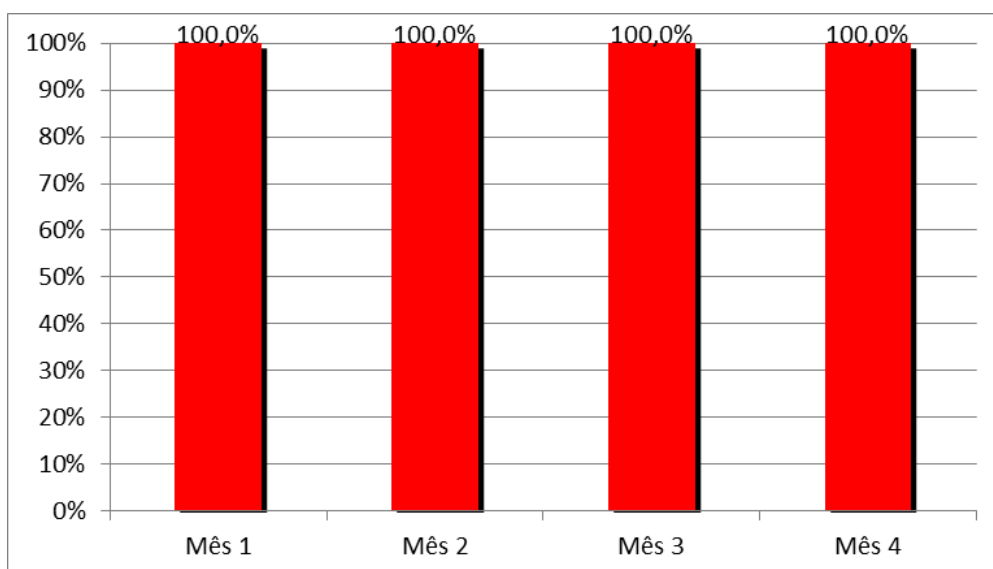


Figura 12 Gráfico: Proporção de diabéticos faltosos a consulta com busca ativa na UBS Dr. Alberto Benincá. Serafina Correa/RS, 2015.
Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

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

Outro ponto a ser colocado, é que com a finalidade de atingir o objetivo de melhorar o registro adequado na ficha de informações, foi estipulado como meta manter a ficha de acompanhamento de 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados e acompanhados na UBS. Felizmente essa meta foi alcançada em 100% durante os quatro meses de intervenção. Observa-se então

que em relação aos usuários hipertensos, no primeiro mês 38 (100%), no segundo mês 87 (100%), no terceiro mês 127 (100%) e no quarto mês 170 (100%). Referente aos usuários diabéticos, no primeiro mês foi alcançado o percentual de 100% com 11 usuários, no segundo mês 23 (100%), no terceiro mês 31 (100%) e por fim, no quarto mês 47 (100%), conforme exposto nas figuras 13 e 14.

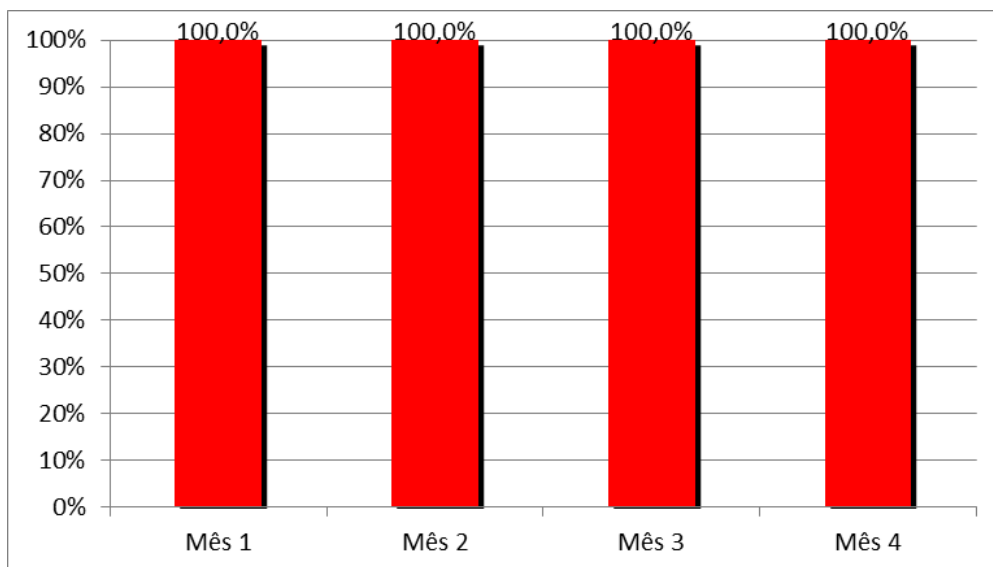


Figura 13 Gráfico: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Dr. Alberto Benincá. Serafina Correa/RS, 2015.
Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

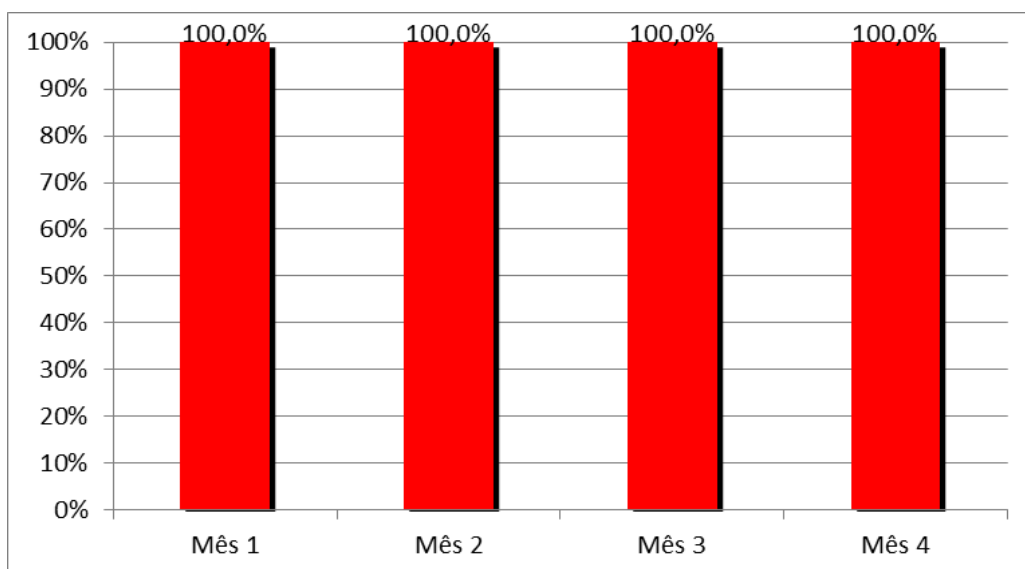


Figura 14 Gráfico: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Dr. Alberto Benincá. Serafina Correa/RS, 2015.
Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

Para conseguir atingir essas metas, o médico e a enfermeira trabalharam em conjunto, organizando as informações dos usuários nos prontuários eletrônicos, nas fichas espelho e na planilha de coleta de dados, além dos registros dos ACS. Apesar destes resultados satisfatórios, continuaremos reforçando a importância do registro correto das informações dos usuários acompanhados na UBS a fim de mantermos esses indicadores de qualidade em percentuais elevados.

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

Com relação ao alcance do objetivo em realizar a estratificação de riscos cardiovasculares, tínhamos como meta alcançar 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados e acompanhados na UBS. No decorrer dos quatro meses de intervenção conseguimos realizar a estratificação de risco cardiovascular em 100% dos usuários da população-alvo. Pois em relação aos usuários hipertensos, no primeiro mês 38 (100%) tiveram a estratificação de risco cardiovascular, no segundo mês 87 (100%), terceiro mês 127 (100%) e no quarto mês 170 (100%), conforme apresentado na figura 15.

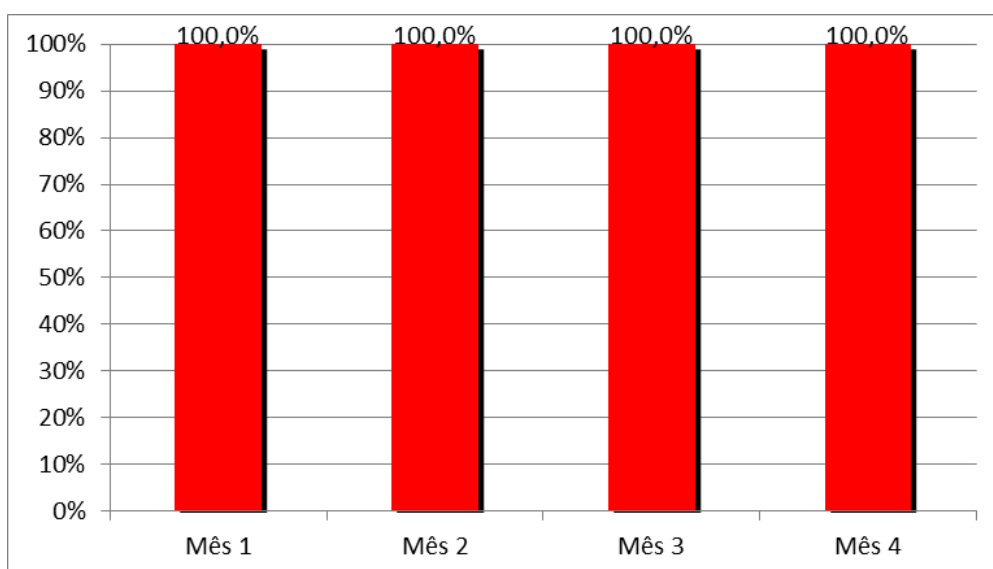


Figura 15 Gráfico: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Dr. Alberto Benincá. Serafina Correa/RS, 2015.
Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

Já em relação usuários diabéticos também conseguimos atingir as metas propostas, no primeiro mês 11 (100%) usuários tiveram a estratificação de risco cardiovascular, no segundo mês 23 (100%), no terceiro mês 31 (100%) e no quarto mês 47 (100%).

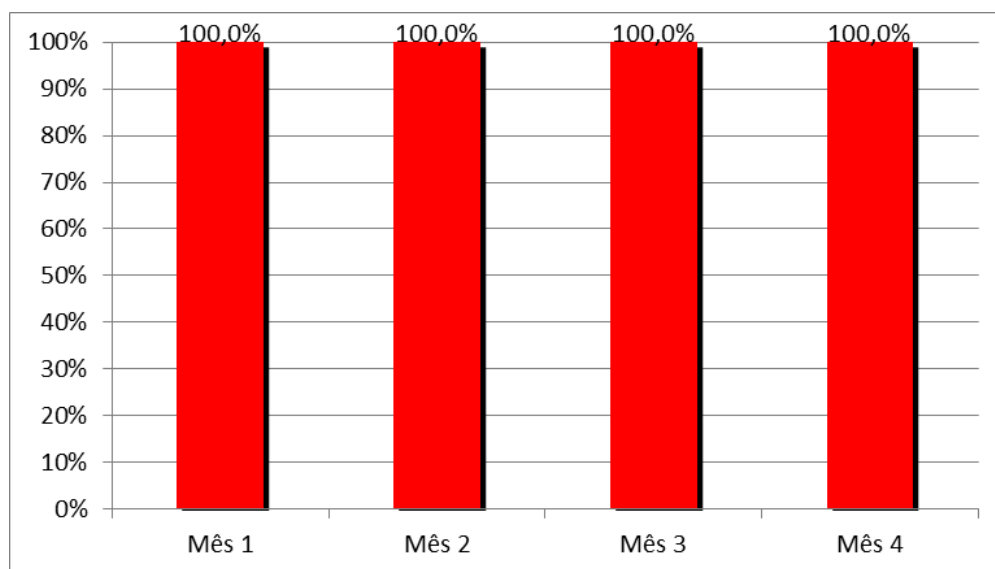


Figura 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Dr. Alberto Benincá. Serafina Correa/RS, 2015.
Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

Das metas propostas para este objetivo, por mês em média eram avaliados em torno de 42 usuários, para conseguir esta meta usamos o Score de Framingham junto ao Caderno de Atenção Básica e o Protocolo de Atuação para usuários Hipertensos e Diabéticos de 2011. Sendo que os usuários foram classificados segundo o risco cardiovascular em risco leve, médio ou alto e em dependência do risco de cada usuário, era feito o acompanhamento individualizado para cada um.

Todos os usuários foram orientados quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. Também foi esclarecido para os usuários e comunidades, em consultas clínicas, palestras e grupo de hipertensos e/ou diabéticos, o quanto é importante o controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, prática de atividade física, redução do consumo de etilismo e tabagismo). Outro fator que contribui para o alcance destas metas foi a união e colaboração de toda equipe.

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

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

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

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

Nossa última meta, mas não menos importante foi promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos que é tão importante na vida do ser humano, pois não adianta fazer o tratamento medicamentoso e não cuidar da alimentação e praticar exercícios físicos, garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo, orientação sobre higiene bucal. Foi proposto como meta atingirmos 100% destes indicadores de qualidade, e nestes quatro meses de intervenção conseguimos cumprir a meta proposta, que foi a realização das orientações a 100% destes usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes.

Para isto contamos com o apoio de toda equipe, pois foi a grande protagonista, deste trabalho. Pois desde o começo da intervenção, com a formação dos grupos de educação em saúde, as aulas de educação física, os espaços de terapia ocupacional, os grupos de combate ao tabagismo, organizado e desenvolvido pela equipe para os usuários da UBS, ofereceram aos usuários diversas informações sobre os cuidados para a sua saúde.

Pois todas as ações desta intervenção que foram realizadas nesta UBS vão ser mantidas na rotina de trabalho da UBS, pois elas só vieram a acrescentar e a melhorar a qualidade de vida destes usuários como também melhorou o serviço de toda a equipe da UBS. Pois todas elas contribuíram para os alcances dessas metas.

O engajamento público foi é a ação que faz com que as coisas acontecessem segundo o planejado, já que a equipe a cada dia que passava da intervenção ficava ainda mais comprometida neste trabalho, incentivando a participação da comunidade nas ações, repassando as informações, para que os usuários se apoderassem das ações, discutisse, dessem sugestões,

propuserem estratégias que contribuíssem para as melhorias no processo de trabalho, em prol de toda a comunidade.

4.2 Discussão

A intervenção aconteceu durante 16 semanas ininterruptas, na UBS Dr. Alberto Benincá, no município de Serafina Correa/RS, e propiciou a melhoria da qualidade de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, bem como a ampliação da cobertura e do atendimento a estes usuários cadastrados e acompanhados na UBS. A intervenção propôs como meta ampliar a cobertura de 60% destes usuários, mas infelizmente, estes objetivos não foram alcançados, mas conseguimos bons resultados, de acordo com o que foi planejado.

A adesão à intervenção deve-se principalmente, a participação e união da equipe, as lideranças comunitárias e a participação assídua da comunidade da área adstrita. Percebemos que com esse trabalho foi possível melhorar a qualidade do registro das informações, permitindo assim o melhor controle do cadastramento e acompanhamento dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, foi possível ampliar a avaliação de risco cardiovascular durante os atendimentos, bem como atuar com maior ênfase sobre os fatores de riscos modificáveis, como o excesso de peso, muitas vezes decorrente de maus hábitos alimentares e sedentarismo, o uso excessivo de álcool, tabaco e drogas. É notório que através da realização das atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, foi possível modificar o estilo de vida de muitos usuários da comunidade com relação aos hábitos alimentares e a prática de atividades físicas, pois tivemos uma boa adesão nas atividades realizadas pela educadora física e demais profissionais.

Esta intervenção foi de grande importância para a equipe, pois foi necessária a realização da capacitação de todos os profissionais da Unidade de Saúde, para que fosse feito um melhor acompanhamento destes usuários hipertensos e/ou diabéticos, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde, com base no Manual do Programa de Hipertensão e Diabetes, do ano de 2013, relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento destes usuários. Inicialmente foram delimitadas as atribuições de cada

profissional e sensibilizando-os sobre a importância de todos nesse trabalho. Com isso, observa a união da equipe durante o período de desenvolvimento das atividades, pois com a atuação da enfermeira, técnica de enfermagem, o cirurgião dentista e a assistente de odontologia, a técnica de farmácia, as ACS e o médico clínico geral, conseguimos avançar nas ações de qualidade do acolhimento aos usuários, destacando a assistência integral prestada, o aumento da solicitação dos exames complementares, a realização de grupos de Hipertensos e/ou Diabéticos, a realização de visitas domiciliares, a ampliação na cobertura dos cadastros.

Esta intervenção também teve grande repercussão nos serviços de saúde, oferecidos pela UBS, já que foram feitas mudanças no sistema de agendamento, dando prioridade ao agendamento diário de um a três usuários hipertensos e/ou diabéticos. Fato positivo, pois antes da intervenção era quase impossível isso acontecer, pois devido ao excesso de demanda espontânea por atendimento clínico, os atendimentos eram feitos por ordem de chegada e não havia agendamentos prévios das consultas. Com essa reorganização foi possível ampliar o atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, sendo acompanhados adequadamente, seguindo o protocolo e a classificação de riscos, já que o acompanhamento individualizado é essencial, pois os usuários classificados como de alto risco cardiovascular deverão ser acompanhados com mais atenção, e se necessário serão encaminhados para atenção secundária, prevenindo assim o aumento da morbimortalidade por complicações secundárias a estas doenças, e que de fato é o mais importante para todo o serviço.

Outro item importante foi a melhoria no monitoramento e registros das informações nos prontuários, nas fichas espelhos e na planilha eletrônica de coleta de dados, pois os profissionais foram sensibilizados desde o início da intervenção sobre a importância da qualidade dos registros das informações dos usuários do serviço. Tudo isso é resultante do trabalho em equipe, com a participação e colaboração de todos, pois com isso conseguimos superar diversas dificuldades diárias do cotidiano, como o excesso da busca por apenas atendimento clínico, a dificuldade da comunidade compreender a importância das ações de promoção de saúde, como itens importantes e que fazem parte do tratamento das patologias, buscando assim modificar hábitos e tabus enraizados na comunidade. Ressaltando também a importância da gestão, que teve papel

importante em nosso trabalho, buscando sempre contribuir com ações programadas e realizadas neste período.

Vale ressaltar que esta intervenção teve grande importância dentro da comunidade já que o impacto da mesma foi bem percebido, diminuimos as aglomerações nas salas em busca de atendimento médico, devido a reorganização da forma de agendamento. Pois apesar de termos sempre a agenda completa, esse novo sistema de agendamento, contribuiu muito com o fluxo de usuários na Unidade, é notório essa mudança, pois antes a UBS permanecia o tempo todo com um número muito excessivo de usuários. Fato esse percebido pela comunidade, pois a população-alvo, que em geral, é muito preocupada e dedicada com os cuidados com a saúde, em alguns casos, não era nem necessário realizar a busca ativa, pois os usuários demandavam espontaneamente atendimento, em prol da realização de exames clínicos e complementares, mudanças de medicamentos, principalmente dos disponibilizados pela farmácia popular. Os usuários demonstraram grande satisfação com as mudanças positivas que aconteceram na UBS, isso gerou satisfação entre a comunidade e um dos itens que contribuiu para esse sucesso foi a interação da equipe de saúde durante todo o acompanhamento destes usuários, desde a entrada na UBS até a sua saída. Fato esse observado também pelos baixos índices de usuários faltosos as consultas e as atividades de grupo, o que denota a importância que a comunidade deu a este trabalho, realizado com muita dedicação por todos.

E se fosse realizar a intervenção neste momento, não mudaria muitos itens, pois o que foi observado antes e durante a intervenção, que realmente afetou e dificultou o desenvolvimento deste trabalho, foi o excesso da demanda de atendimento clínico por parte da população da área adstrita, o que dificulta desenvolver qualquer tipo de trabalho com mais qualidade, já que os profissionais ficam sobrecarregados, apesar da delimitação da área de cada um. Apesar de todas essas adversidades, conseguimos desenvolver a intervenção com muitos avanços positivos, pois para conseguirmos mudar a realidade da UBS, é necessário que sejam criadas condições adequadas de trabalho, desde a infraestrutura adequada da UBS, bem como o número suficiente de profissionais qualificados para atender toda a demanda da comunidade. Mas

para que isso aconteça, depende da participação e colaboração dos gestores, para que possamos mudar essa realidade.

Pois há grandes possibilidades de viabilizar a incorporação destas ações a rotina diária de trabalho na UBS, porque várias ações da intervenção já faziam parte das atividades diárias do serviço. Porém o trabalho contribuiu para incorporar novos conhecimentos, desde a prática de acolhimento, até o manejo clínico do acompanhamento e tratamento das patologias destes usuários, sendo ofertado um serviço ampliado e de qualidade para todos os cidadãos.

O próximo passo, para que possamos garantir a melhoria da atenção a estes usuários e que é necessária para nossa rotina diária, é tentar reorganizar e reduzir a quantidade de usuários agendados por turno, já que no momento são quinze ou dezesseis, o que dificulta o oferecimento de uma consulta de qualidade, abrangendo todos os aspectos necessários para tal, porém com a grande demanda e o tempo reduzido, inviabiliza essa prática. O ideal seria a redução para dez a doze usuários por turno, para assim oferecer uma consulta com mais qualidade, garantindo assim também a qualidade nos registros das informações coletadas, a realização do exame físico completo, a anamnese completa. Já que é difícil em quinze minutos oferecer uma consulta de qualidade, que o usuário merece, lembrado que cada usuário é um ser indivisível. Compreendo que essa meta ainda está longe de alcançar, já que no momento atual pela falta de profissionais está difícil de resolver o problema, pois isso também afeta a realização das visitas domiciliares, sendo que pelo momento é mais praticado a medicina curativa e não a preventiva.

Mas ao final da intervenção, percebo a intervenção sendo incorporada, apesar das diversas dificuldades, mas conseguiremos garantir a qualidade dos serviços prestados aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

5 Relatório da intervenção para gestores

Durante os meses de fevereiro a junho de 2015, foi planejado e implantado o Projeto de Atenção à saúde dos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Dr. Alberto Benincá, no município de Serafina Correa/RS, como um dos requisitos do trabalho de conclusão de curso, da Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas.

Tendo como objetivo geral, melhorar a qualidade do Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, oferecido aos usuários da área adstrita da UBS. Já os objetivos específicos foram planejados buscando ampliar a cobertura do programa de atenção a esses usuários, bem como melhorar a adesão e a qualidade do programa, mapear os usuários com risco cardiovascular, melhorando também os registros das informações desses usuários, realizando ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, através das ações de educação em saúde, promovidas pela equipe da UBS.

A intervenção teve início com a apresentação do projeto a toda equipe de saúde, onde foi discutido e apreciado por todos. Realizamos também a capacitação de toda a equipe sobre atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM, enfatizando sobre o acolhimento, adoção dos protocolos referente à saúde destes usuários e sobre as informações que devem ser fornecidas aos familiares e à comunidade.

Posteriori foram estabelecidas metas a serem atingidas ao longo da intervenção, e foram utilizados indicadores para avaliar os resultados ao longo do período. Essas ações foram separadas em eixos de atuação, sendo: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Então foi dado início ao cadastramento dos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus da área. O número de usuários da população alvo da área de abrangência da UBS a ser alcançado era de 332 usuários com hipertensão e 84 com diabetes, com base na estimativa gerada no Caderno de Ações Programáticas, disponibilizado pelo Curso de Especialização, pois a UBS conta com uma população total estimada de 5.000 habitantes.

Os resultados da intervenção foram satisfatórios, principalmente os indicadores de cobertura dos atendimentos a estes usuários na UBS, já que não tínhamos um valor real dessa cobertura, sendo que no decorrer da intervenção foram acompanhados 170 (22,4%) hipertensos e 47 (25%) diabéticos, possibilitando a ampliação da cobertura do programa. Além disso, todos esses usuários com hipertensão e/ou diabetes realizaram exame clínico de acordo o protocolo, bem como estavam com os exames complementares em dia. Garantimos que 100% destes usuários tivessem prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Além disso, 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico e 100% dos usuários faltosos as consultas receberam busca ativa. Além de que 100% dos usuários com HAS e DM cadastrados no programa estavam com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, e receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Para registrar as informações dos usuários com HAS e DM relativas aos atendimentos clínicos e demais ações desenvolvidas na intervenção utilizamos a ficha espelho disponibilizada pelo curso. Assim, todos os usuários acompanhados no serviço de saúde, era feito o preenchimento da ficha espelho e eram repassadas as informações dos usuários para o prontuário eletrônico e a planilha de coleta de dados, a fim de monitorar a intervenção. Também realizamos atendimento clínico, solicitação de exames conforme protocolo, avaliação de atendimento odontológico, acolhimento, visitas domiciliares e busca ativa dos usuários faltosos as consultas, contribuindo assim para o alcance destes resultados satisfatórios.

Também realizamos salas de espera e palestras para os usuários com HAS e/ou DM sobre alimentação saudável, a importância de exercícios físicos, saúde bucal, tabagismo e sobre o risco cardiovascular. Essas atividades educativas foram realizadas de maneira individual e coletiva durante as consultas, na sala de espera, nas visitas domiciliares e nos grupos de educação em saúde.

Porém, enfrentamos algumas dificuldades no decorrer da intervenção, dentre elas destacamos algumas, e que também foram mencionadas pelos

usuários da comunidade e que precisam ser resolvidas a curto prazo, que é a realização dos exames complementares no próprio município. Bem como a necessidade do aumento das vagas para as consultas clínicas, pois há um excesso de demanda. Apesar da informação prévia de que a verba direcionada para a realização dos exames complementares só é suficiente para garantir a realização de três exames/mês para cada usuário e que depende de outras instâncias para resolver o aumento do quantitativo de recursos financeiros para tal propósito.

Além disso, é necessário por parte dos gestores que reforcem a importância do projeto de ampliação da UBS, após os termos das reformas do Centro Municipal de Saúde, para que possamos atender os usuários que buscam a UBS, bem como os que são sensibilizados a comparecer na UBS através das buscas ativas para dar início e/ou continuidade do acompanhamento e tratamento.

Outra dificuldade importante, e que deve ser dada prioridade, é com relação à grande demanda por atendimento pelo nutricionista. Uma vez que muitos usuários são encaminhados para realizar o acompanhamento e/ou tratamento, mas devido ao número insuficiente de profissionais da área, associado à grande demanda, muitos usuários não conseguem o agendamento para esses profissionais. A gestão tem que buscar alternativas para buscar a contratação destes profissionais, pois são de grande importância para o controle das patologias e suas morbidades associadas, pois com a atuação de uma equipe multidisciplinar, pois verá o usuário como um todo, trocando informações com os outros profissionais, de forma que o tratamento e/acompanhamento seja integrado, ou seja, multidisciplinar.

Outro grande problema é o fornecimento insuficiente de medicamentos da farmácia popular/ para Hipertensos e diabéticos, já que a oferta destes medicamentos para o tratamento da hipertensão e do diabetes não é regular, pois existem problemas com as empresas fornecedoras destes medicamentos e por falta de recursos financeiros no município, não está sendo possível contar com todos os medicamentos do quadro básico.

Apesar de todas as dificuldades, acreditamos que dando continuidade as atividades da intervenção possamos melhorar a cobertura do programa, atenção à saúde dos usuários, do trabalho em equipe e a relação com a comunidade.

Consideramos que houve vários avanços e melhorias no serviço de saúde com a realização da intervenção, bem como no trabalho em equipe e principalmente em relação ao atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos. Estamos otimistas e o desejo é que de manter este trabalho e que o mesmo faça parte da rotina de trabalho na UBS.

Agradecemos aos gestores por apoiar o trabalho, com o fornecimento de folhas para os registros, os materiais básicos necessários para desenvolver as ações, como aparelho de HGT, balanças, esfigmomanômetro, insumos e outros recursos básicos que são necessários na UBS. Além da oferta gratuita de aparelho e medição da glicemia para usuários diabéticos que, com certeza, ajudará no controle e na adesão ao tratamento.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Na UBS Dr. Carlos Alberto Benincá, desde o mês de fevereiro até junho de 2015, foram desenvolvidas diversas atividades por toda equipe de profissionais atuantes na unidade. Essas ações fazem parte do Projeto de Intervenção, ação que é proposta pelo Curso de Especialização em Saúde da Família, coordenado pela Universidade Federal de Pelotas. Este trabalho teve duração de 16 semanas, tendo como população-alvo, os usuários portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes mellitus da área de abrangência da UBS, com objetivo de melhorar a qualidade de atenção destes usuários.

Todas as ações desenvolvidas pelo projeto foram organizadas e seguiram um cronograma de ações para que fosse feito um trabalho coordenado e planejado, buscando a organização e qualidade dos serviços prestados a comunidade.

Neste período promovemos diversas ações, inicialmente qualificando os profissionais da UBS, através de reuniões, discussões, apresentação de casos

clínicos, estudos do protocolo de atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, acolhimento aos usuários, na realização dos exames clínicos, a estratificação do risco cardiovascular. Nesse período também fizemos a reorganização das agendas, delimitamos responsáveis para realizar o acolhimento dos usuários tanto através da demanda espontânea, quanto os que estavam com consultas agendadas, foram inseridos os dados das consultas em planilhas eletrônicas e em prontuários eletrônicos, o que contribuiu para a organização dos registros feitos durante os atendimentos, visitas domiciliares e nos grupos de educação em saúde.

Todo esse trabalho foi integrado e com a participação de todos os profissionais da UBS. Pois sem a equipe não conseguiríamos reunir esses usuários nos diversos grupos de saúde que foram realizados durante esse período, atividades terapêuticas e de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, desenvolvidas como as atividades com a educadora física, terapeuta ocupacional, além da enfermeira e demais profissionais, como os ACS, sempre sensibilizando e estimulando o autocuidado destes usuários e por seus familiares e/ou responsáveis, tanto quanto a importância da mudança de estilos de vida, como a adoção a prática da alimentação saudável, prática de atividade física, redução da prática do etilismo e tabagismo. Tudo isso feito nas palestras, grupos, reuniões de comunidade, ações nas escolas da comunidade, além da participação importante e fundamental dos líderes da comunidade que contribuíram para que essas ações também acontecessem.

Resultados positivos alcançados ao longo do projeto, como a ampliação da cobertura destes usuários em 22,6% e 25 % para usuários hipertensos e diabéticos, a realização da busca ativa a 100% dos usuários faltosos a consultas pelos ACS, identificando os usuários portadores destas patologias, bem como buscando o retorno a UBS dos usuários faltosos as consultas e dos grupos, enfim as ações de educação em saúde.

Conseguimos também ampliar as solicitações dos pedidos de exames complementares a 100% de usuários hipertensos e diabéticos, a avaliação e o atendimento odontológico para os usuários hipertensos e diabéticos no 100% dos usuários. Isso pode ser observado com os relatos de diversos usuários que notaram as mudanças positivas no trabalho desenvolvido na UBS.

Entretanto, ainda enfrentamos diversas dificuldades, como o excesso de demanda para atendimento clínico, o que dificultou muitas vezes a minha participação nas visitas domiciliares e nos grupos de educação em saúde, que também fazem parte das ações de saúde. Além de problemas enfrentados na UBS pela falta de alguns medicamentos necessários para o tratamento da hipertensão e diabetes, pois com o aumento do atendimento dos usuários a demanda por medicamentos também aumentou.

Para que possamos dar continuidade as ações que já estão sendo incorporadas a rotina da UBS é necessário o apoio de todos, como a Gestão, profissionais, usuários, líderes comunitários e religiosos, pois é importante a participação de todos, para possamos sempre contribuir com a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos através do Programa Saúde da Família, organizado e em busca de mudanças significativas na saúde pública de nosso país. A comunidade teve grande protagonismo nesta intervenção, pois a população-alvo, em geral, é muito preocupada e dedicada com os cuidados com a saúde, em alguns casos, não era nem necessário realizar a busca ativa, pois os usuários demandavam espontaneamente atendimento, em prol da realização de exames clínicos e complementares, mudanças de medicamentos, principalmente dos disponibilizados pela farmácia popular. Os usuários demonstraram grande satisfação com as mudanças positivas que aconteceram na UBS, isso também deixa muito contente aos profissionais da equipe que com tanto empenho levamos adiante esta intervenção.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Finalizando este trabalho realizado ao longo do primeiro ano da especialização, é muito importante fazer uma reflexão crítica sobre o meu processo pessoal de aprendizagem. Como foi citado nos primeiros trabalhos do curso, como na Unidade de Ambientação, esta modalidade de estudo a distância, pelo menos no meu caso em particular era uma novidade, já que nunca tive a possibilidade de fazer nenhum curso de especialização a distância.

Este primeiro ano do curso para mim e acho que para a maioria dos especializando foi uma grande experiência, já que tivemos a oportunidade de desenvolver nossos conhecimentos nos diferentes temas que foram abordados, tanto de saúde coletiva, como de medicina. Nos atualizamos e tiramos dúvidas em diversos temas que fazem parte do nosso dia a dia de trabalho, permitiui conhecer melhor os protocolos de atuação e fluxogramas no atendimento de diversas doenças, fazendo que nossa rotina de trabalho fosse cada dia mais qualificada.

Do ponto de vista do foco da intervenção escolhido, acho que as expectativas que eu tinha para a primeira etapa do trabalho foram cumpridas, porque à ações desenvolvidas para a população-alvo escolhida já está fazendo parte de nossa rotina diária na UBS, ainda mais, na busca de atingir a meta proposta da cobertura que ainda não foi cumprida, bem como manter os percentuais de qualidade elevados, o que nos estimula e encoraja a continuar com o bom trabalho, para melhorar ainda mais com o acompanhamento destes usuários hipertensos e/ou diabéticos e com certeza o fruto do trabalho será a redução das morbimortalidades decorrentes destas doenças.

Com o acompanhamento rigoroso destes usuários através deste curso de especialização tivemos a possibilidade de conhecer melhor o estado de saúde real de cada um dos usuários acompanhados, diferenciamos melhor cada um deles, permitindo sempre identificar os riscos de possíveis complicações das doenças de base de cada usuário.

Nesta intervenção também pude perceber como a equipe foi ficando mais vinculada e fortalecida a medida que foram passando os dias, e hoje posso dizer que é uma equipe muito mais unida, dedicada e comprometida com a saúde de cada um dos usuários da nossa área.

Um ponto negativo que poderia destacar neste texto, foi o excesso da demanda por atendimento clínico, que, sem dúvida, dificultou o desenvolvimento desta intervenção, pois na minha opinião, a gestão deveria oferecer condições favoráveis de trabalho, para que cada especializando tenha tempo necessário para a realização das atividades. Apesar das dificuldades, mesmo assim, com o empenho diário no trabalho estamos conseguindo avançar nas ações de saúde. No meu caso em particular, considero que evolui ainda mais como profissional da saúde, através deste curso de especialização o que resulta em melhores condições de trabalho e na prestação de serviços.

Como já tinha pontuado anteriormente, através da ação programática escolhida nesta especialização, consegui melhorar os meus conhecimentos no acompanhamento destes usuários hipertensos e/ou diabéticos, detalhando cada passo a seguir neste processo de atendimento, através dos protocolos e fluxogramas. Através deste acompanhamento alguns usuários, por exemplo, foram diagnosticados com hipotireoidismo e na sequência estes mesmos com bócio multinodulares o que deixa a equipe gratificada, já faz parte da prevenção em saúde.

Pudemos também detectar falhas na adesão aos tratamentos de alguns usuários idosos, que devido à senilidade e à falta de atenção de familiares não faziam corretamente o tratamento, diagnosticamos alguns usuários no início de doença renal crônica, mantendo assim um acompanhamento mais rigoroso.

Foi e está sendo uma linda experiência o compartilhamento com os usuários da ação programática nos grupos de Hipertensos e diabéticos onde a enfermeira, as ACS, a assistente de farmácia e eu, juntos aos usuários parecíamos uma grande família na realização desta atividade, o que demonstra que foi reduzido o distanciamento da relação UBS-Comunidade.

Por todos estes motivos expostos, acredito que é possível um futuro bem melhor na atenção a saúde pública brasileira, penso seguir trabalhando para conseguir alcançar novas metas na rotina de trabalho, pois estou muito feliz pelos resultados alcançados através desta especialização.

Referências

BATISTA FILHO M., RISSIN A. A transição Nutricional no Brasil: Tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**. v.19, n.01, p.181-191,2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**, Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II Brasília: Ministério da Saúde, 290 p., 2012.


BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.160 p.:(Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. ArqBrasCardiol, 2006 Fev: 1–48.

World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

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 Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

2014_11_06 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição Foxit Reader PDF

Calibri 11 A A+ Quebrar Texto Automaticamente

N I S - A - Mesclar e Centralizar % 000 ,00 ,00

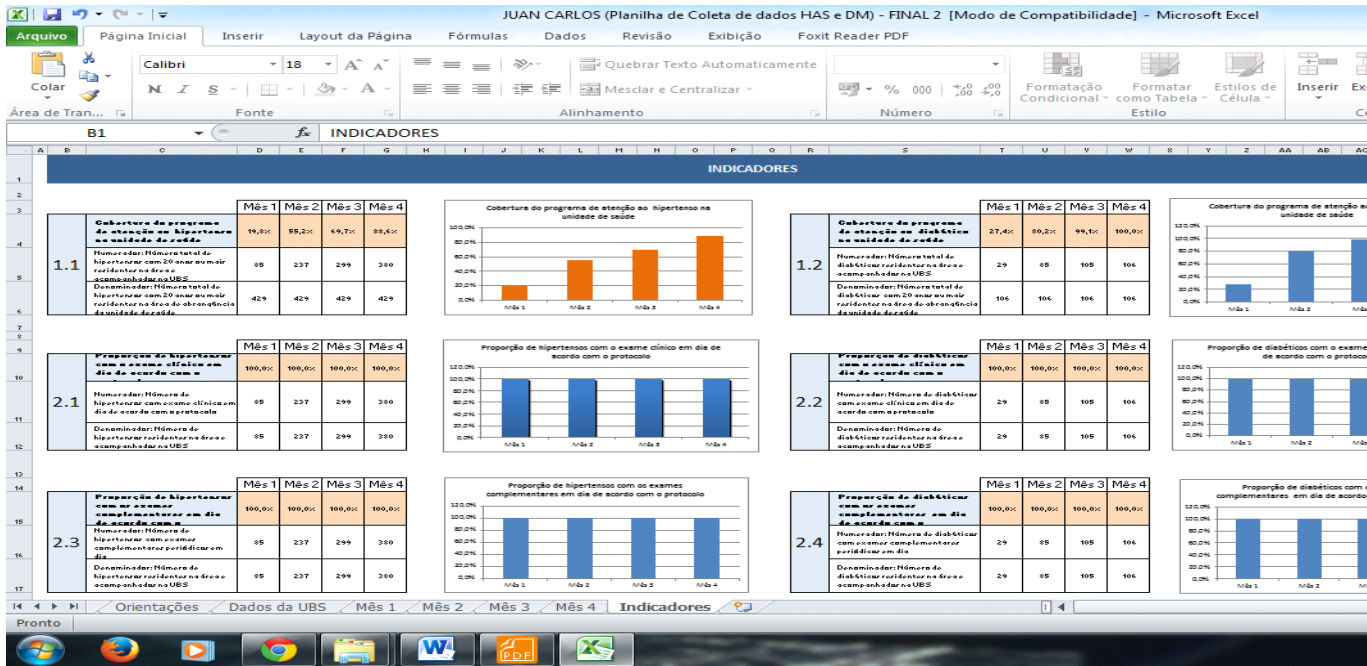
Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula Inserir

Área de Tran... Fonte Alinhamento Número Estilo

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1														
Ados para Cole	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	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?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	estr...
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	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	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1														
2														
3														
4	1													
5	2													
6	3													
7	4													
8	5													
9	6													
10	7													
11	8													
12	9													
13	10													
14	11													
15	12													
16	13													
17	14													
18	15													
19	16													
20	17													
21	18													
22	19													
23	20													
24	21													
25	22													
26	23													
27	24													

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Pronto



Anexo C-Ficha espelho

The PDF form contains the following sections:

- Header:** FICHA ESPELHO, PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS, Departamento de Medicina Social, UFPEL.
- Patient Information:**
 - Data do ingresso no programa: ___/___/_____
 - Número do Prontuário: _____
 - Cartão SUS: _____
 - Nome completo: _____
 - Data de nascimento: ___/___/_____
 - Endereço: _____
 - Telefones de contato: _____
 - Necessita de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador: _____
 - Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____
 - Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológica? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica: ___/___/_____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO:**

DATA			
POSOLOGIA			
Hydrochlorothiazida 25 mg			
Captopril 25 mg			
Enalapril 5mg			
Enalapril 10 mg			
Losartan 50 mg			
Propranolol 40			
Atenolol 25 mg			
Atenolol 50 mg			
Anlodipina 5 mg			
Anlodipina 10 mg			
Metformina 500 mg			
Metformina 850 mg			
Glibenclâmida 5 mg			
Insulina NPH			
Insulina regular			
- FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS:**

DATA			
Glicemia de Jejum			
HGT			
Hemoglobina glicosilada			
Colesterol total			
HDL			
LDL			
Triglicerídeos			
Creatinina Sérica			
Potássio sérico			
Triglicerídeos			
EQU			
Infecção urinária			
Proteinúria			
Corpos cetônicos			
Sedimento			
Microalbuminúria			
Proteinúria de 24h			
TSH			
ECG			
Hemograma			
Hematócrito			
Hemoglobina			
VCM			
CHCM			
Plaquetas			

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:

Anexo E – Fotos da intervenção

Foto 1 – Portão da entrada da cidade.



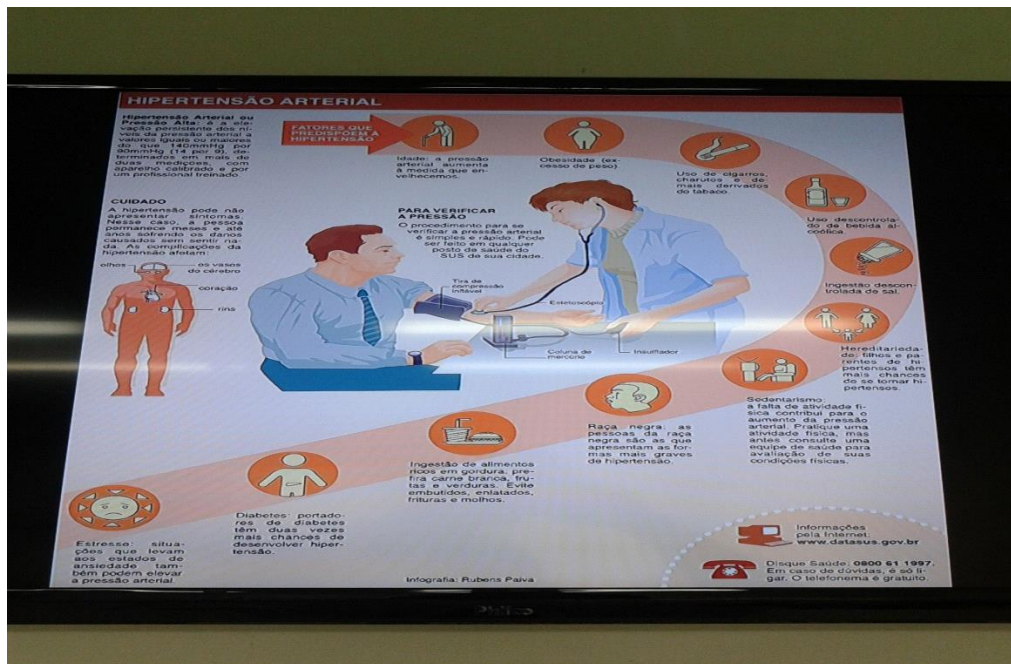
Fonte: Imagem obtida pelo próprio autor do trabalho.

Foto 2 – Unidade Básica de Saúde Gramadinho - Dr. Alberto Benincá
Serafina Corrêa/RS.



Fonte: Imagem obtida pelo próprio autor do trabalho.

Foto 3 – Cartaz educativo com informações sobre os cuidados de saúde dos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica.



Fonte: Imagem obtida pelo próprio autor do trabalho.

Foto 4 - Monitoramento da Pressão Arterial durante o grupo de Hiperdia, pela técnica de enfermagem.



Fonte: Imagem obtida pelo próprio autor do trabalho.

Foto 5 - Realização de Grupo de Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos.



Fonte: Imagem obtida pelo próprio autor do trabalho.

Foto 6 – Prática de atividade física na academia de saúde.



Fonte: Imagem obtida pelo próprio autor do trabalho.

Foto 7 – Realização de aferição da pressão arterial durante atendimento clínico.



Fonte: Imagem obtida pelo próprio autor do trabalho

Foto 8 – Controle de Estoque de Medicamentos pela da Auxiliar de Farmácia



Fonte: Imagem obtida pelo próprio autor do trabalho