

**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 á Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na UBS Santa Marta, Camaquã/RS**

Yusnei Chávez Rivero

Pelotas, 2015

Yusnei Chávez Rivero

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na UBS Santa Marta, Camaquã/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.

Orientadora: Daniela Nunes Cruz

Co-orientadora: Thaianne Santos Vieira

Pelotas, 2015

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

R621m Rivero, Yusnei Chavez

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Santa Marta, Camaquã/RS / Yusnei Chavez Rivero; Daniela Nunes Cruz, orientador(a); Thaianne Santos Veiras; Mateus Casanova dos Santos, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

81 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Cruz, Daniela Nunes, orient. II. Santos, Thaianne Santos Veiras; Mateus Casanova dos, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

A Deus por me proporcionar grandes oportunidades em minha vida.

A meus pais pelo apoio e força para lutar pelos meus ideais.

A meu namorado pelo incentivo ao trabalho e aos estudos.

A minha orientadora pelo auxílio, dedicação e orientações.

Aos meus colegas pela cumplicidade.

A equipe da UBS Santa Marta pela acolhida calorosa, pela ajuda nas dificuldades e pela paciência nestes meses de muito trabalho.

E a todos que, de alguma maneira, contribuíram para realização deste trabalho.

Resumo

RIVERO, Yusnei Chávez. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Santa Marta, Camaquã/RS**. 2015. 81fls. 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.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais freqüente das doenças cardiovasculares, também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. Foi realizada uma intervenção na UBS de Santa Marta, município Camaquã, unidade básica pequena, sem estratégias de saúde, nem agentes comunitários, com uma população aproximada de 4000 habitantes, cujo objetivo foi melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos, maiores de 20 anos de idade. As ações previstas foram o cadastro dos pacientes, o atendimento individual, prescrição de medicamentos, estratificação de risco cardiovascular e orientações nutricionais, de atividade física, tabagismo e saúde bucal e incentivar o indivíduo a refletir sobre seu estilo de vida cotidiana relacionado a essas duas doenças crônicas, caracterizando-se como um instrumento de educação e saúde sobre uma perspectiva de promoção, prevenção e principalmente controle dos agravos. Após 16 semanas de implementação do projeto, chegamos ao equivalente a 268 (44,1%) hipertensos e 124 (82,7%) diabéticos cadastrados no programa. Foram realizados exames clínicos apropriados a 236 hipertensos (88,1%) e 93 (75%) diabéticos, conseguimos garantir realização de exames complementares a 236 (88,1%) hipertensos e 93 (75%) diabéticos. Realizamos estratificação do risco cardiovascular em 151 (56,3%) hipertensos e 69 (55,6%) diabéticos. As metas de garantir prescrição de medicamentos controlados da farmácia popular, registro adequado nas fichas de acompanhamento, busca ativa de pacientes faltosos e orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação sobre a prática de atividade física regular, orientação sobre os riscos de tabagismo e orientações sobre higiene bucal foram realizadas para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS. A meta de realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico, não foi realizada, pois a unidade não conta com atendimento odontológico. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, mudou a qualidade do atendimento médico e o relacionamento entre o médico e o usuário, além da prevenção de complicações e hábitos/estilos de vida não saudável. O impacto da intervenção foi bem percebido pela comunidade. A intervenção foi incorporada satisfatoriamente a rotina do serviço, mas ainda podemos melhorar alguns aspectos para otimizar a intervenção, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos pacientes hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Santa Marta, Camaquã/RS, 2015.	53
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Santa Marta, Camaquã/RS, 2015.	54
Figura 3	Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Santa Marta, Camaquã/RS, 2015.	55
Figura 4	Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Santa Marta, Camaquã/RS, 2015.	55
Figura 5	Proporção de hipertensos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Santa Marta, Camaquã/RS, 2015.	57
Figura 6	Proporção de diabéticos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Santa Marta, Camaquã/RS, 2015.	57
Figura 7	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Santa Marta, Camaquã/RS, 2015.	61
Figura 8	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Santa Marta, Camaquã/RS, 2015.	62

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção primária da saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
EAD	Especialização a distância
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	23
2.2.1 Objetivo geral	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas	23
2.3 Metodologia	25
2.3.1 Detalhamento das ações	25
2.3.2 Indicadores	37
2.3.3 Logística	43
2.3.4 Cronograma.....	46
3 Relatório da Intervenção.....	48
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	48
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	50
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	50
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	51
4 Avaliação da intervenção.....	52
4.1 Resultados.....	52
4.2 Discussão	64
5 Relatório da intervenção para gestores	67
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	70
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	73
Referências	75
Apêndices.....	75
6	
Anexos.	758

Apresentação

O presente trabalho tem como propósito descrever sobre a experiência de implantação de um projeto de intervenção cujo objetivo geral é melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial Sistêmica e diabetes mellitus na UBS Santa Marta, Camaquã/RS.

No primeiro capítulo está apresentada a análise situacional que aborda sobre o município ao qual pertence à unidade de saúde em questão, a descrição da estrutura física da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

No segundo capítulo está descrito a análise estratégica utilizada, a partir de da organização de um projeto de intervenção que apresenta os seguintes itens: objetivos, as metas do projeto, a metodologia, o detalhamento das ações propostas para a intervenção, os indicadores, logística e cronograma.

No terceiro capítulo consta o relatório de intervenção demonstrando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

O quarto, quinto e sexto capítulo consta de uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, o relatório da intervenção para os gestores e o relatório para a comunidade, respectivamente.

No capítulo sete apresentamos uma reflexão crítica sobre o meu processo pessoal de aprendizagem. Por fim, consta a bibliografia utilizada para este trabalho e, ao final, os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento desta ação.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Marta está localizada no bairro de Santa Marta, no Município Camaquã/RS. É uma unidade pequena constituída por sala de triagem, sala de vacinas, dois consultórios médicos, um consultório de enfermagem, uma recepção, sala de esterilização, uma cozinha e banheiros para o público e funcionários. A equipe de saúde é composta pela médica clínica geral, enfermeira, uma técnica de enfermagem, secretária e equipe de higienização. Não contamos com sala de odontologia, mais temos uma unidade móvel que presta atendimento de odontologia à comunidade, as quartas-feiras pela manhã.

A população assistida pode ter acesso às consultas médica de segunda a sexta, das 8h às 12h e das 13h às 17hs. As consultas médicas são agendadas e também ocorrem atendimentos a demanda espontânea. A população tem a oportunidade de acessar todas as terças pela manhã e tarde as consultas com a nutricionista, quinta á tarde tem consulta com a psicóloga e sexta á tarde com o psiquiatra. A enfermeira realiza toda quinta pela manhã coleta de exame citopatológico e na quarta-feira, a cada quinze dias, tem consulta para usuários hipertensos e diabéticos. Curativos e administração de medicamentos são realizados pela enfermeira ou técnica de enfermagem todos os dias. Teste rápido do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Sífilis são realizados pela enfermeira, que atende toda população, principalmente população de risco.

A UBS atende uma população de 4.000 habitantes, aproximadamente, pois são atendidos usuários de outras comunidades. Não trabalhamos com o modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), este é o problema mais grave da UBS, é uma unidade que já trabalhou na perspectiva da ESF, mas ficou sem médico por muito tempo e perdeu os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tendo que desfazer

desta forma de trabalhar devido a falta de profissionais para compor a equipe mínima. Todos nós estamos muito comprometidos com o atendimento da população, apesar de não ter ESF fazemos atendimento às crianças, idosos, gestantes e adolescentes. Os ACS são muito importantes para o desenvolvimento do trabalho na Unidade de saúde, contudo, não dispomos destes profissionais na UBS Santa Marta. A secretaria de saúde de Camaquã esta trabalhando em função de retomar a ESF e de contratar novos ACS.

As doenças mais freqüentes nesta população são as doenças crônicas não transmissíveis, como Diabetes mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), dislipidemias, obesidade, uso excessivo de psicofármacos, doenças mentais, doenças ósseas e articulares e as doenças respiratórias agudas, devido o clima frio do município. Outro aspecto muito importante é o difícil acesso da população aos especialistas, muitos usuários que são encaminhados para consultas com o ginecologista, cirurgião, otorrino, entre outras, tem que esperar até quatro meses para serem atendidos e, muitas vezes, são doenças que precisam ser avaliadas precocemente.

Em resumo, a população sente-se muito feliz com o nosso trabalho, apesar de não ser feito o que de fato está preconizado, mas cada dia daremos muito mais para satisfazer as necessidades da comunidade e resolver as dificuldades que ainda temos e que impedem o bom funcionamento do nosso serviço.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Camaquã, localizado no Rio Grande do Sul, está localizado à margem direita da Lagoa dos Patos, e a margem esquerda do Rio de Camaquã, distante 127km de Porto Alegre, 125km de Pelotas e 180 km do superporto de Rio Grande, na rota do Mercosul. O município possui 60.368 habitantes, quatro UBS sem ESF, funcionando no modelo tradicional. Contamos com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), composto por assistente social, farmacêutica, fisioterapeuta, médico acunputurista, ginecologista, pediatra, psiquiatra, nutricionista, psicóloga, educador físico e terapia ocupacional.

Há a disponibilidade de atenção especializada, mas as consultas são muito demoradas e, muitas vezes, o usuário precisa ser avaliado com mais rapidez. Estas

consultas são agendadas na secretaria de saúde do município. Camaquã conta com um Hospital público "Nossa Senhora Aparecida, que oferece atendimento" 24h. Os exames complementares são realizados na Secretaria de saúde do município, mas demoram muito para ser agendados e realizados, e então não é possível utilizar esses resultados para corroborar o diagnóstico, sendo necessário realizar o tratamento baseado só no método clínico. Há uma farmácia municipal vinculada ao SUS onde todas as medicações necessárias são disponibilizadas, incluindo os homeopáticos, porém alguns medicamentos terminam muito rápido e os pacientes têm que comprar nas farmácias populares.

A UBS Santa Marta fica situada no bairro Santa Marta, é uma UBS urbana, 100% vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), não têm vínculos com as instituições de ensino e nem contamos com ACS na equipe. É uma UBS tradicional que atende crianças, mulheres e adultos. A equipe de saúde esta composta por uma médica clínica geral, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma secretaria e uma profissional da higienização. A população assistida pode ter acesso a consultas médicas todos os dias de segunda a sexta, das 8hs às 12hs e das 13hs às 17hs.

As consultas médicas são agendadas e também acontecem através da demanda espontânea. Os usuários têm a oportunidade de acessar todas as terças pela manhã e tarde consultas com a nutricionista, quarta a tarde tem consulta com a psicóloga e terça a tarde com psiquiatria. O enfermeiro realiza todas as quintas de manhã coleta de citopatológico e, nas quartas, a cada quinze dias, realiza consulta para usuários com HAS e DM. Os usuários que necessitam de curativos ou administração de algum medicamento são atendidos pelo enfermeiro ou técnica de enfermagem todos os dias. O enfermeiro começou a realizar os testes rápidos de HIV e sífilis a toda a população, principalmente à população de risco.

A UBS Santa Marta é uma unidade muito pequena, local adaptado em funcionamento há 10 anos, constituída por uma sala de triagem, uma sala de vacinas, dois consultórios médicos, uma sala de enfermagem, uma recepção, uma sala de esterilização, uma cozinha e dois banheiros para o público e funcionários, mas sem acessibilidade para pessoas com deficiência física. Com relação às condições estruturais não existem todos os espaços necessários para o atendimento dos usuários, a sala de espera é pequena e fica na entrada da unidade e não cumpre com as medidas necessárias, com uma capacidade de recepção para mais ou menos de 15 pessoas. A recepção é pequena, nela ficam os arquivos dos

prontuários que são individuais, não há uma sala de nebulização, esta é realizada na mesma sala de triagem. Existem dois consultórios médicos pequenos, a sala de curativos é muito pequena, porém realizamos os curativos sem dificuldades, a sala de lavagem e descontaminação fica no mesmo espaço onde ocorre a esterilização.

Não dispomos na UBS das seguintes salas: sala de reunião, sala de odontologia, depósito de material de limpeza, farmácia, sala de almoxarifado e sala para coleta de exames. As paredes e pisos são laváveis e com a superfície lisa, quase todos os locais têm ventilação indireta e janelas por onde circula o ar, além disso, possui boa iluminação. Infelizmente temos barreiras arquitetônicas que impossibilitam o acesso de pessoas com deficiências, e uma delas é o espaço tão reduzido de corredores e demais espaços da UBS que dificultam muito o trânsito dos usuários em cadeiras de rodas, pois não existem rampas.

Os espaços reduzidos de nossa UBS não só atrapalha a passagem dos usuários, mas também a passagem da equipe de trabalho. As dificuldades estruturais da UBS são de resolução a longo prazo que dependem de outros fatores e da ajuda de gestores do município para serem resolvidos. Acredito que terão que procurar um novo local com as estruturas essenciais para fazer uma nova UBS porque, neste local não é permitido fazer modificações na estrutura física.

É necessário o restabelecimento da ESF a partir da formação das equipes e cadastramento da população, pois trabalhamos mais em atendimento a demanda espontânea, fazemos atendimento domiciliar aos usuários que necessitam dessa atenção diferenciada, procedimentos de enfermagem e atividades educativas na comunidade. Temos dificuldade com alguns grupos, só trabalhamos com grupos de diabéticos, hipertensos, tabagismo e saúde mental. O maior problema em nossa unidade é a falta da equipe de saúde e que, uma vez constituída e identificadas as áreas de atuação, poderemos começar a trabalhar de um jeito organizado, identificando os principais problemas de nossa comunidade e dando a ela participação ativa para assim começar a oferecer uma verdadeira atenção primária de saúde adequada e com qualidade.

A UBS não tem estabelecida uma área de abrangência, a população estimada total é de 4000 habitantes, que trabalha na UBS desde quando existia a ESF. A distribuição por idade e sexo não temos como fazer sem ter determinado a área real de abrangência da UBS e tão somente pelo tamanho estimado na população. Precisamos de ACS para fazer acontecer o trabalho de cadastramento

da população. Na UBS trabalhamos muito com demanda espontânea, não existe local específico para fazer o acolhimento, este é realizado na recepção da unidade ou na sala de enfermagem pela recepcionista, que está à frente da unidade, ou pelo enfermeiro ou técnica de enfermagem. Não temos excesso de demanda.

Com relação a saúde da criança não é realizado consulta de puericultura, pois estas são feitas pelos pediatras do município. Anteriormente, eram realizadas na UBS, quando funcionava a ESF, mas depois não foi dada continuidade. Estamos trabalhando em equipe, criando consciência na população para voltar fazer estas consultas, mas não depende só da equipe.

A atenção as crianças é ineficiente, os pediatras são poucos e as crianças são em número elevado, estas não são atendidas no tempo estabelecido pela atenção primária, muitas mães vão aos serviços privados e como não podem continuar pagando as consultas, elas não são assistidas por nenhum profissional. Na unidade não temos registros de crianças, as consultas a criança doente são registradas no prontuário que é feito durante a consulta, não há planejamento e monitoramento das ações. São realizadas atividades de educação em saúde com as mães e crianças que usam o serviço, os pacientes são informados sobre estilo de vida e alimentação saudável e a importância de seguir adequadamente o esquema de alimentação, nestas atividades participam todos os membros da equipe.

Segundo a estimativa calculada pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP), disponibilizado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), a partir do preenchimento do número de habitantes da área de abrangência foi calculada a existência de 48 crianças menores de um ano, contudo, não foi possível calcular os indicadores de cobertura e de qualidade, devido a falta de registros da UBS a cerca desta ação programática.

Em relação ao pré-natal também não é realizado neste serviço, pois não atuamos no modelo da ESF. Não há uma área de abrangência definida, por tanto, não temos nenhum valor definido de gestantes na área. Existe no município uma Unidade de saúde onde os especialistas atendem todas as gestantes, no entanto, o número de gestantes é muito grande e a atenção não é a mais adequada. Muitas gestantes e puérperas procuram o setor privado, mas não conseguem pagar todas as consultas e a atenção ao pré-natal torna-se inadequada. A partir do nosso trabalho, iremos desenvolver a consciência nas gestantes para comparecer nas UBS que oferecem consulta de pré-natal para ter um melhor acompanhamento. Não há

registros de gestantes, nem planejamento e monitoramento das ações, nem fazemos atividades de educação em saúde com as gestantes.

Segundo a estimativa calculada pelo CAP existem 60 gestantes residentes na área, contudo, não foi possível calcular os indicadores de cobertura e de qualidade, devido a falta de registros da UBS a cerca desta ação programática.

Em relação ao câncer de colo de útero na UBS as mulheres são orientadas para o uso do preservativo em todas as relações sexuais. Toda quinta-feira pela manhã é realizado exame citopatológico, em cerca de 5 a 6 mulheres. Realizamos ações educativas para incentivar as mulheres na realização periódica deste exame. Não há área de abrangência definida na UBS, portanto, não temos o controle numérico de mulheres com idades entre 25 a 64 anos, contudo foi estimado pelo CAP 1101 mulheres nesta faixa etária, mas não foi possível calcular os indicadores de cobertura e de qualidade, devido a falta de registros da UBS a cerca desta ação programática. Muitas mulheres de outras áreas fazem exame citopatológico nesta área, da mesma forma, muitas mulheres desta área fazem exame citopatológico em outras unidades de saúde.

A coleta do exame citopatológico é realizada pelo enfermeiro da unidade e, tanto o enfermeiro como o médico aproveitam o contato com as mulheres para explicar a necessidade de realizar prevenção do câncer de colo de útero através dos serviços ofertados na UBS. Existe o protocolo de prevenção de câncer de colo de útero, ano 2013, na UBS, desta forma, todas as mulheres que realizam exame citopatológico são investigadas os fatores de risco para o câncer de colo de útero. Não há maneira de saber quantas mulheres foram identificadas com exame citopatológico alterado ou perda de seguimentos de anos anteriores, pois só estão registrados os resultados do ano 2013.

Os atendimentos ficam registrados no livro de registro de exames citopatológicos, nos prontuários clínicos e no formulário especial para citopatológico. Não existe um arquivo específico para os registros dos resultados dos exames citopatológicos coletados. No mesmo registro dos exames, o enfermeiro coloca os resultados das mulheres, ao lado de seu nome, mas o arquivo específico para isso não existe. Não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção de câncer de colo de útero, avaliação e monitoramento do programa.

Sobre o controle de câncer de mama são realizadas ações de educação em saúde da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama. As mulheres são orientadas sobre a importância de fazer o auto-exame de mamas e como fazê-lo. Realizamos ações de rastreamento, tanto através do exame clínico quanto através da mamografia. O rastreamento é realizado a toda mulher na idade compreendida entre 50 a 69 anos qualquer dia da semana tanto pela manhã quanto pela tarde. Segundo estimativa do CAP existe na área de abrangência 413 mulheres nesta faixa etária, mas não foi possível calcular os indicadores de cobertura e de qualidade, devido à falta de registros da UBS a cerca desta ação programática.

O rastreamento é oportunista e organizado, e aproveitamos o contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar ações de rastreamento. Temos protocolo de controle do câncer de mama em nossa UBS, ano de publicação 2013. São investigados os fatores de risco para o câncer de mama em todas as mulheres que realizam ações de rastreamento. Não há maneira de saber quantas mulheres têm mamografias alteradas ou perda de seguimentos, porque não há um registro de pacientes que realizam mamografias, somente é registrada no prontuário clínico a mulher que vem a consulta com o resultado de mamografia e não há nenhum arquivo para o registro dos resultados específicos.

Na UBS não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações de controle do câncer de mama, nem profissionais que se dedicam à avaliação e monitoramento das ações do controle de câncer de mama. Trabalhamos em equipe dia a dia para melhorar o trabalho e as mulheres são incentivadas para fazer o exame citopatológico de colo do útero, fazer mamografia anual e auto-exame de mamas.

Em relação a atenção a hipertensos e diabéticos, a UBS realiza ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis aos usuários com doenças crônicas não transmissíveis, principalmente, com HAS e DM, realizamos controle de peso corporal, estimulamos a prática regular de exercícios físicos e orientamos sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e tabaco. O atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos é realizado todos os dias da semana, em todos os turnos, não há uma área de abrangência ou cobertura definida, portanto, não existe o número definido de usuários cadastrados que são desta área.

O atendimento desses usuários é realizado por médicos, enfermeiros e nutricionista. Os usuários com problemas de saúde agudos por HAS ou DM vão ao

Pronto Socorro ou Hospital, no entanto, se estes vierem a Unidade de saúde também serão atendidos. Existem protocolos de atendimento do ano 2013 para usuários com HAS e DM, estes são utilizados pelo médico e enfermeiro da unidade. São realizadas diferentes ações com estes usuários como, imunização, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, tratamento da obesidade e sedentarismo e diagnóstico do tabagismo.

Os atendimentos aos hipertensos e diabéticos são registrados no prontuário clínico, formulário especial, ficha de atendimento nutricional e ficha-espelho de vacina. Não existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos de adultos com HAS e DM. A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 608, mas temos cadastrados segundo os dados coletados nos prontuários clínicos 218. A cobertura de HAS ainda é baixa só 36%, mas são feitas ações de rastreamento dos usuários maiores de 18 anos que procuram o serviço médico ou pela assistência de alguns dos profissionais. Em relação à DM, a estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área é de 150 e a UBS tem 98 diabéticos cadastrados (65%), segundo os dados aportados nos prontuários clínicos. Desta forma, os indicadores de cobertura para os diabéticos e hipertensos da unidade é baixo com 65% e 36%, respectivamente.

Em cada consulta é explicado aos usuários como reconhecer sinais de complicações de sua doença. As consultas são feitas as quintas pela manhã, apesar de ter atendimento a estes usuários todos os dias da semana. O responsável pelo cadastramento é o enfermeiro da UBS e que também é responsável pelo cadastro na secretaria municipal de saúde.

Não são realizadas atividades de grupos, pois, não existem grupos estabelecidos. Não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos adultos com HAS e DM. É muito importante o trabalho para diminuir os fatores de risco e orientar a população sobre estilo de vida saudável, dieta adequada, incentivá-los a prática de exercícios. Muitos usuários não tomam as medicações corretamente e não estão conscientes da importância de modificar estilos de vida para diminuir as complicações das doenças crônicas não transmissíveis, por isso é preciso aumentar o trabalho de promoção e prevenção, além do diagnóstico oportuno para assim evitar complicações.

Em relação a atenção a pessoa idosa é feito atendimento todos os dias, pela manhã e tarde, o atendimento é de qualidade, com amor, respeito e paciência que estes merecem. Não há uma área de cobertura definida, portanto, não conhecemos o número de pessoas que fazem parte da área. Mas segundo estimativa do CAP existe 546 idosos com 60 ou mais residentes na área de abrangência. São muitos os profissionais que participam do atendimento as pessoas idosas, exemplo, clínico geral, enfermeiro, nutricionista, psiquiatra, psicóloga e técnica de enfermagem. Não há consulta de odontologia.

Os idosos chegam a consulta com problemas de saúde agudos e são atendidos na UBS, não há excesso de demandas. Na unidade existe protocolo de atendimento para idoso, ano 2013, sendo utilizado pelo médico clínico geral e pelo enfermeiro da Unidade. Muitas são as ações desenvolvidas no cuidado ao idoso na UBS como, imunização, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde mental, diagnóstico de tratamento de problemas físicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, diagnóstico e tratamento da obesidade, sedentarismo e tabagismo.

Utilizamos protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde, encaminhamentos para atendimento nas especialidades, para os serviços de pronto atendimento e pronto socorro. Os atendimentos aos idosos são registrados no prontuário clínico, ficha de atendimento nutricional e ficha-espelho de vacinas. Não existe na UBS nenhum arquivo específico para o registro dos atendimentos dos idosos.

Em cada consulta sempre explicamos ao idoso e seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência como HAS, DM e depressão, mas na maioria das vezes o idoso chega sozinho a consulta e dependendo da idade, a compreensão das orientações realizadas fica um pouco comprometida. Não existe caderneta de saúde da pessoa idosa, estatuto do idoso e nem outro programa de atenção implantado. Não são realizadas atividades com grupos de idosos. Não realizamos cuidado domiciliar ao idoso, pois não temos ACS que nos ajudem a realizar as visitas. Não temos profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas ao idoso, nem profissionais que se dedicam à avaliação e monitoramento das ações.

Conforme já mencionado anteriormente, não temos equipe de saúde bucal. Desta forma, não foi possível coletar nenhuma informação sobre essa ação. Existe no município duas Unidades de saúde com atendimento odontológico, um na secretaria de saúde e outro no centro da cidade, onde são encaminhados os usuários com doenças odontológicas que frequentam a unidade procurando atendimento.

O maior desafio encontrado nesta unidade de saúde é a existência na área de casas de prostituição, e é preciso realizar atividades educativas a fim de prevenir as enfermidades de transmissão sexual, incentivar essencialmente ao uso de preservativo, e sua importância, e assim, diminuir o número de DTS. Até o momento temos dois casos positivos de HIV e é preciso intervir para que não haja aumento desses casos.

Com o trabalho diário nas consultas, buscamos eliminar as longas filas de espera para atendimento médico, as pessoas sabem que têm atendimento todos os dias, pela manhã e tarde, e que não há excesso de demanda. O número de usuários descontrolados para HAS e DM têm tido uma diminuição, isto quer dizer que os usuários estão se conscientizando quanto ao estilo de vida saudável. Mas sabemos que falta muito por fazer e, continuaremos a busca por melhor atenção possível para a população com os recursos disponíveis. O trabalho é feito para que eles se sintam contentes e satisfeitos com o atendimento.

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

Comparando o Relatório da análise situacional e o texto da tarefa da segunda semana de ambientação, eu posso dizer que o relatório encontra-se muito mais completo, pois agora mais elementos são utilizados para fazer uma adequada análise situacional. No período da organização da tarefa da segunda semana de ambientação eu estava iniciando o trabalho na UBS e não havia os elementos e nem informações necessárias para organizar uma abordagem profunda sobre a UBS.

De certo que muitos aspectos continuam iguais no município e na UBS, pois não funcionamos como ESF, não temos área de abrangência definida e nem ACS, que são elementos necessários para execução do trabalho. Ainda há dificuldades com as especialidades e os exames complementares, mas cada dia a equipe faz o

melhor para oferecer um atendimento de ótica qualidade para manter satisfeita a população.

Nesse sentido, acredito que a maior diferença entre o texto inicial e o Relatório da análise situacional é que, este último, apresenta muito mais elementos para avaliar o processo de trabalho da equipe. Temos uma base bem ampla dos problemas que devem ser solucionados através de estratégias mais compatíveis com a realidade descrita.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS é a mais freqüente das doenças cardiovasculares, também considerada o principal fator de risco para as complicações mais comuns como, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais, e esse número é crescente. Seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da HAS, alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física. Tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados.

A DM configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil são cerca de seis milhões de portadores e deve alcançar 10 milhões de pessoas em 2010 (BRASIL, 2006).

A ação programática sobre a qual se dará a intervenção é a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Este tema tem vital importância pelo número elevado de usuários com estas doenças que freqüentam o dia a dia da nossa Unidade de saúde. Muitos desses usuários não estão cadastrados e nem se quer tem um adequado controle, não conhecem as complicações das doenças que eles têm, não tem comprometimento no cumprimento da medicação e, portanto, é difícil o controle. Por isso, a importância de aprofundar e organizar esta ação programática na UBS, pois aumentando o cadastro podemos conseguir o maior controle, podemos modificar estilos de vida e evitar complicações que aumentam a morbimortalidade em nossa população.

Um indicador macroeconômico a ser considerado é que a DM cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso impacta de forma muito negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social. As conseqüências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: são quatro milhões de mortes por ano relativas a DM e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9% da mortalidade mundial total. O grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como conseqüência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo, das complicações como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores.

A UBS Santa Marta é uma unidade pequena composta por sala de triagem, sala de vacinas, dois consultórios médicos, um consultório de enfermagem, uma recepção, sala de esterilização, uma cozinha e banheiros para o público e funcionários. A equipe de saúde é composta pela médica clínica geral, enfermeiro, uma técnica de enfermagem, secretária e equipe de higienização. Não contamos com sala de odontologia, mas temos uma unidade móvel que presta atendimento de odontologia.

A UBS atende uma população de 4000 habitantes aproximadamente, pois são atendidos usuários de outras comunidades. Não temos ESF, nem ACS, este é o problema mais grave desta unidade. Temos muitos atendimentos a usuários com HAS e DM tanto para problemas de saúde agudo como para acompanhamento destas doenças crônicas. O atendimento aos hipertensos e diabéticos é realizado todos os dias da semana, de manhã e a tarde, mas as consultas são realizadas as

quintas-feiras pela manhã. Estes atendimentos são registrados no prontuário clínico, formulário especial, ficha de atendimento nutricional e ficha-espelho de vacina. São realizadas diferentes ações de saúde, como imunização, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, tratamento da obesidade e sedentarismo e diagnóstico do tabagismo. Não realizamos atendimento de saúde bucal, pois não há odontologia na unidade, só oferecemos orientações sobre este tema.

A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 608, mas temos cadastrados segundo os dados coletados nos prontuários clínicos 218. A cobertura de HAS ainda é baixa só 36%, mas são feitas ações de rastreamento dos usuários maiores de 18 anos que procuram o serviço médico ou pela assistência de alguns dos profissionais. Em relação à DM, a estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área é de 150 e a UBS tem 98 diabéticos cadastrados (65%), segundo os dados aportados nos prontuários clínicos. Desta forma, os indicadores de cobertura para os diabéticos e hipertensos da unidade é baixo com 65% e 36%, respectivamente.

Inicialmente, como não havia qualquer tipo de cadastro e distinção da população pertencente à área de abrangência da unidade, primeiramente iniciamos com a trabalhosa tarefa de identificar quais usuários fariam parte da intervenção a ser desenvolvida por 16 semanas. Para isso foi fundamental a ajuda de todos os membros da equipe.

A qualidade da atenção a saúde desta população é deficiente, acontece que não contamos com um arquivo específico para o controle e monitoramento da atenção destes usuários, dificultando oferecer um atendimento de qualidade e seguro para essa população. Além disso, não existe monitoramento das ações de saúde para esse grupo da população da área adstrita. O número de usuários com estratificação do risco cardiovascular é muito baixo, a maioria dos diabéticos não tem palpação dos pulsos, dos pés, nem da sensibilidade dos pés, para evitar as possíveis complicações como amputação de membros e neuropatia diabética.

O monitoramento é inadequado de cada seis meses, ocorrendo principalmente porque o usuário precisa trocar a receita no mesmo tempo e obriga a eles a procurar o serviço de saúde, o qual não permite recuperar as consultas dos faltosos no tempo indicado pelo Ministério da Saúde (MS). Realizamos ações de

promoção em saúde as quais são desenvolvidas pelos membros da equipe através de conversas sobre temas importantes referentes a estas doenças.

A intervenção é muito importante no contexto da UBS, já que visa melhorar a atenção, controle e qualidade de vida dos usuários com HAS e DM. Toda a equipe de saúde esta comprometida com o trabalho de intervenção para conseguir o maior grau de implementação da ação programática. As principais dificuldades e limitações existentes na unidade são a falta da ESF e ACS, necessários para um melhor trabalho de busca de dados, cadastramento e ações de promoção importantes na intervenção.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção á Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na USB Santa Marta, Camaquã/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos da área.

Meta 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

O projeto de intervenção será desenvolvido na UBS Santa Marta, localizada no município de Camaquã, estado do Rio Grande do Sul. Será direcionada para usuários acima de 20 anos com suspeita ou diagnóstico de HAS e DM que residem na área de abrangência da Unidade de saúde durante o período de 16 semanas.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de Hipertensos e Diabéticos na área.

Meta 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de Hipertensos e Diabéticos cadastrados no programa.

Detalhamento: Para desenvolver esta ação iremos procurar nos prontuários o número de usuários cadastrados, obtendo dados na secretaria de saúde. Faremos

cadastros de todos os usuários que chega às consulta e que ainda não tem cadastro semanalmente. O responsável desta atividade é o enfermeiro da unidade.

Organização e gestão dos serviços

- Garantir o registro dos pacientes cadastrados no programa.
- Melhorar o acolhimento para estes usuários.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e realização de hemoglicoteste na unidade.

Detalhamento: Tanto na consulta médica como de enfermagem, o usuário vai ser registrado no livro de registros feito pela equipe de saúde. A equipe estará preparada para fazer um ótimo acolhimento e coletar a maioria de dados possíveis, sendo que o acolhimento é fundamental para ganhar a confiança do usuário e poder atuar com ele adequadamente. Será feito uma revisão mensal dos equipamentos, e assim garantir funcionamento adequado dos mesmos.

Engajamento público

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Hipertensão.
- 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 mm Hg.
- Orientar a população sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus.

Detalhamento: Serão colocados banners na unidade referentes ao tema tratado nesta intervenção, realizaremos conversas com os usuários na sala de espera e em cada consulta médica e de enfermagem informando sobre a existência do programa, fatores de risco, a importância do controle da HAS e do rastreamento de DM. Imprimir folhetos informativos e distribuir a todos os usuários além de verificar a pressão em todos os usuários maiores de 18 anos.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e para realização de hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80.

Detalhamento: Realizaremos aulas práticas semanais para capacitação adequada da equipe de enfermagem, enfermeira e técnica de enfermagem, objetivando a tomada de medida criteriosa da pressão arterial dos usuários e realização do hemoglicoteste.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção a Hipertensos e Diabéticos.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Realizaremos o exame clínico apropriado em cada consulta tanto pelo médico como pelo enfermeiro e outras especialidades. Monitorar semanalmente em conjunto com a equipe de saúde da unidade junto às fichas-espelhos de cada usuário para verificar a realização ou não de exame clínico adequado garantindo a sua realização na próxima consulta em caso não tenha sido realizada.

Organização e gestão dos serviços

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

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

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade.

Detalhamento: Realizaremos capacitações para os membros da equipe onde trataremos sobre o exame clínico adequado destes usuários, segundo os protocolos, com uma periodicidade quinzenal ou mensal, ficando a médica especializanda

responsável pela tarefa. Combinaremos com a secretaria de saúde para que seja provido as versões atualizadas dos protocolos.

Engajamento público

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

Detalhamento: Serão realizadas conversas na sala de espera da unidade semanalmente e durante às consultas onde serão tratados conteúdos referentes aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas e avaliação periódica adequada destes pacientes.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: A médica especializanda realizará capacitações quinzenais ou mensais para preparar a equipe de saúde na realização do exame clínico adequado.

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.

Monitoramento e avaliação

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

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

Detalhamento: Monitoraremos em conjunto com a equipe de saúde da unidade verificando junto às fichas-espelho quais são os usuários que ainda não realizaram os exames laboratoriais recomendados para o período.

Organização e gestão dos serviços

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Definiremos as atribuições de cada membro da equipe no Programa Hiperdia para solicitação dos exames ficando a médica especializando com a responsabilidade de coordenar. Garantir junto ao gestor a agilidade para marcação e realização dos mesmos.

Engajamento Público

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

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

Detalhamento: Ofereceremos ações de educação em saúde à população por meio de palestras, conversas e informes na própria unidade e na comunidade sobre a necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: Nas reuniões da equipe semanalmente realizaremos capacitações para que toda a equipe saiba como solicitar os exames complementares. A médica especializada será responsável pela atividade.

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.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/ Hiperdia.

Detalhamento: Avaliar em conjunto a equipe de saúde da unidade o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular pelos usuários hipertensos e/ou diabéticos com a atualização constante da lista de medicamentos disponibilizados na unidade.

Organização e gestão dos serviços

- Manter o registro das necessidades de medicamentos dos usuários cadastrados no Programa de Hiperdia.

Detalhamento: Serão mantidos registros dos medicamentos utilizados pelos usuários hipertensos e/ou diabéticos visando obter um melhor conhecimento de suas necessidades. A técnica de enfermagem será responsável por esta atividade semanalmente.

Engajamento Público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na Farmácia popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter o acesso.

Detalhamento: Durante conversas nas consultas, palestras e informes na unidade ofereceremos ações educativas permanentes aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos com orientações e informação sobre o acesso as medicações nas farmácias populares e alternativas.

Qualificação da prática clínica.

- Realizar atualização do profissional do tratamento da hipertensão e diabetes mellitus.

- Capacitar a equipe para orientar aos usuários sobre as alternativas para obter acesso aos medicamentos da Farmácia popular/Hiperdia.

Detalhamento: Conversaremos nas reuniões da equipe semanais sobre tratamento da Hipertensão arterial atualizado, além de capacitar a equipe de saúde sobre as alternativas para aquisição dos medicamentos necessários para o tratamento adequado de hipertensos e/ou diabéticos, ficando a médica especializando responsável desta atividade.

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

- Monitorar os hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Avaliação semanal realizada pelo odontólogo em conjunto com a equipe de saúde da unidade às pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus que necessitam de atendimento odontológico.

Organização e gestão dos serviços

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Definiremos as atribuições de cada membro da equipe no atendimento odontológico, primeiramente realizando capacitação à todos os membros da equipe para que todos possam reconhecer quaisquer afecções da mucosa oral. Esta tarefa será de responsabilidade do odontólogo.

Engajamento público

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

Detalhamento: Orientaremos a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal por meio de palestras, conversas informais na sala de espera e distribuição de folders informativos sobre o tema na própria unidade e na comunidade.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Nas reuniões da equipe semanalmente o odontólogo será convidado a realizar capacitações para a equipe sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico em pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de Hipertensos e Diabéticos ao programa.

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

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

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo.

Detalhamento: Serão realizadas revisões dos prontuários clínicos com periodicidade semanal para procurar usuários faltosos às consultas previstas, convidá-los por via telefônica, e agendá-los para uma nova avaliação, ficando responsável o enfermeiro e secretária da unidade.

Organização e gestão dos serviços

- Organizar a agenda para acolher aos usuários faltosos às consultas.

Detalhamento: Em cada reunião semanal será frisado sobre o agendamento priorizado dos usuários faltosos às consultas. A responsável dos agendamentos é a secretária da unidade. Não é possível programar o agendamento de visitas domiciliares pois não temos disponível na Unidade de saúde ACS para realizar esta ação.

Engajamento público

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

- Esclarecer aos portadores de Hipertensão e Diabetes da comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Durante as consultas permanentemente serão dadas orientações aos usuários sobre a importância de realizar as mesmas e a importância de frequentar com a periodicidade adequada, para que se faça um correto acompanhamento do usuário visando evitar complicações das doenças. Os responsáveis são médica especializanda e enfermeiro da unidade.

Qualificação da prática clínica

- Capacitação da equipe para a orientação de Hipertensos e Diabéticos quanto realizar as consultas e suas periodicidades.

Detalhamento: Como foi dito anteriormente, na capacitação que será realizada pela médica especializanda para a equipe da unidade semanalmente, conversaremos sobre como orientar aos usuários referente a periodicidade das consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a qualidade dos registros de Hipertensos e Diabéticos acompanhados na unidade.

Detalhamento: Será feita uma revisão periódica (semanal) do registro de usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade.

Organização e gestão dos serviços

- Implantar a fichas de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Atentar para que todos os usuários tenham a fichas de acompanhamento, e se os usuários que chegarem às consultas ainda não tiverem, serão realizados cadastros imediatamente. Os responsáveis pelo monitoramento serão enfermeiro e médico. Tal situação será discutida nas reuniões de equipe.

Engajamento público

- Orientar aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros e acesso a segunda via se é necessário.

Detalhamento: Serão realizadas palestras mensais pela equipe de saúde para a comunidade onde falaremos sobre os direitos em relação a manutenção de seus registros e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar à equipe de saúde no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.

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

Detalhamento: Na primeira semana de intervenção realizaremos uma capacitação para preparar a equipe no preenchimento de registros e procedimentos clínicos e que posteriormente serão feitas mensal, responsáveis médica especializada e enfermeiro da unidade.

Objetivo 5: Mapear Hipertensos e Diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Iremos revisar os prontuários clínicos dos usuários do programa semanalmente, para verificar a realização da estratificação e realizar a mesma se não foi feita ainda, responsável enfermeiro da unidade.

Organização e gestão dos serviços

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

Detalhamento: Em cada reunião da equipe semanalmente será comunicado sobre a importância de dar prioridade aos usuários de alto risco para sua avaliação e priorizar o agendamento deles, responsáveis enfermeiro e secretária da unidade.

Engajamento público

- Orientar aos usuários quanto a seu nível de risco e a importância o acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Nas consultas e salas de espera permanentemente serão abordados vários temas pertinentes a intervenção e comunicaremos aos usuários

em cada consulta médica sobre seu nível de risco e a importância de um acompanhamento para evitar complicações. Pediremos apoio ao nutricionista no aspecto da modificação da alimentação e distribuir folhetos informativos sobre como levar uma alimentação saudável.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou lesões em órgãos alvos.

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

Detalhamento: Realizaremos capacitações mensais para a equipe da unidade visando uma preparação para realizar estratificação de risco e estratégias para controlar fatores modificáveis, responsável médica especializanda.

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

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

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

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal a estes usuários.

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade, verificando as fichas-espelhos em quanto a realização de orientação sobre hábitos saudáveis de vida, incluindo atividade física regular, alimentação equilibrada, saúde bucal e riscos do tabagismo, às pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, que ainda não receberam as mesmas, com apoio da Nutricionista da unidade. Também faremos encaminhamentos dos usuários para o odontólogo nos casos que precisarem.

Organização e gestão dos serviços

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, orientação de atividade física.

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

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

- Garantir orientações em nível individual sobre higiene bucal.

Detalhamento: Vamos realizar conversas na sala de espera da unidade com periodicidade quinzenal sobre estes temas e solicitar ao gestor a participação da nutricionista e educadores físicos nestas atividades.

Engajamento público

- Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física regular.

- Orientar aos hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a importância da alimentação saudável.

- Orientar aos hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

- Orientar aos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Em cada consulta médica ou de enfermagem permanentemente conversaremos com os usuários e seus familiares sobre hábitos de vida saudáveis, além de conversas semanais na sala de espera, com responsabilidade de toda a equipe de saúde.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudáveis.

- Capacitar a equipe da unidade da saúde sobre metodologia de educação em saúde.

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

- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Realizar aulas de capacitação quinzenal para a equipe da unidade sobre como promover estilos de vidas saudáveis e dar orientações a comunidade sobre estes temas. Tentaremos incorporar aulas bem dinâmicas para facilitar o processo de aprimoramento e aprendizagem da equipe, convidando um profissional da área para isso. Responsáveis médica especializada e enfermeiro da unidade.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos na área.

Meta 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, da unidade de saúde.

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

Numerador: Número de hipertensos cadastrados no programa.

Denominador: Número total de hipertensos da unidade.

Meta 1.2 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, da unidade de saúde.

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

Numerador: Número de diabéticos cadastrados no programa.

Denominador: Número total de diabéticos da unidade.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção a Hipertensos e 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.

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

Indicador 2.2 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 3 Melhorar a adesão de Hipertensos e Diabéticos ao programa.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade.

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 de diabéticos cadastrados na unidade.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter fichas 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 de hipertensos cadastrados na unidade.

Meta 4.2 Manter fichas 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 de diabéticos cadastrados na unidade.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

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 de risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade.

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

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade.

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção aos usuários com HAS e DM vamos a adotar o Cadernos de Atenção Básica, do MS, nº 36 e 37, referente As estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (DM e HAS) (BRASIL, 2013). Utilizaremos os prontuários clínicos e a ficha-espelho do programa (**Anexo C**), disponibilizada pela UFPEL. Estimamos alcançar com a intervenção 80% de hipertensos e 80% de diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas-espelhos necessárias que serão anexadas no prontuário. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (**Anexo B**).

Para organizar o registro específico do programa, o enfermeiro revisará o livro de registros identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço para atendimento nos últimos três meses. O profissional localizará os prontuários clínicos destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis para a ficha-espelho. Ao mesmo tempo realizará o monitoramento anexando uma

anotação sobre consultas em atraso, estratificação de risco cardiovascular realizado ou acompanhamento por outras especialidades.

Começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Protocolo de atendimento a usuários portadores de HAS e DM para que toda a equipe utilize esta referência na atenção a estes usuários. Esta capacitação ocorrerá na UBS, uma vez por semana durante 1h onde discutiremos todas as partes do protocolo, capacitando a equipe para verificação de pressão arterial criteriosa e realização de hemoglicotestes, realização de exame clínico adequado, como orientar aos usuários sobre alternativas para obter acesso a medicamentos na farmácia, como orientar aos usuários em relação as consultas e sua periodicidade, sobre como realizar estratificação de risco e estratégias para o controle de fatores de risco e sobre prática de alimentação saudável, promoção da prática de atividade física, tabagismo e orientações sobre saúde bucal. Cada membro da equipe estudará o tema e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Os responsáveis por esta atividade são médico e o enfermeiro.

O acolhimento usuários pacientes será feito pela técnica de enfermagem, além disso, será medida a pressão arterial de todos os usuários que freqüentam a unidade acima dos 18 anos, serão registrados em uma folha de controle de pressão arterial e os casos que precisarem serão agendados para consulta médica. Para acolher aos usuários faltosos não há necessidade de alterar a organização da agenda, estes usuários serão priorizados nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar aos casos novos serão reservadas seis consultas na semana. Em conjunto com o gestor, iremos fornecer revisão mensal de esfigmomanômetros, manguitos e equipe de hemoglicoteste. O enfermeiro, semanalmente, registrará todos os usuários cadastrados no livro de registros do programa. Garantir-se-á a impressão da versão atualizada do protocolo de atendimento a usuários hipertensos e diabéticos, anualmente, coordenado com o gestor do município.

Informaremos á comunidade sobre a existência do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, sobre a importância de medir pressão arterial aos usuários a partir de 18 anos, pelo menos anualmente, e a importância da realização de hemoglicotestes em usuários com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes sobre a periodicidade preconizada das consultas, seu nível de risco e a importância de um

acompanhamento regular, esclarecer a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação saudável, promoção da prática de atividade física regular, tabagismo e orientações sobre saúde bucal. Solicitaremos o apoio da comunidade e representantes de moradores, o contato com eles será feito na UBS, mensalmente. Apresentaremos o projeto de intervenção esclarecendo a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Os responsáveis desta tarefa são médico e enfermeiro.

Para monitoramento e avaliação da ação programática, semanalmente, o enfermeiro examinará as fichas-espelho dos usuários e os prontuários clínicos identificando aquelas que estão com cadastramento, consultas, exames clínicos, estratificação de risco cardiovasculares em atraso, orientações nutricionais para atividade física, tabagismo e higiene bucal. A secretária da unidade fará busca ativa dos usuários em atraso por via telefônica, estima-se seis por semana, totalizando 24 por mês. Ao fazer a busca já agendará um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Inicialmente, como não havia qualquer tipo de cadastro e distinção da população pertencente à área de abrangência da unidade, primeiramente iniciamos com a trabalhosa tarefa de identificar quais usuários fariam parte da intervenção a ser desenvolvida por 16 semanas. Para isso foi fundamental a ajuda de todos os membros da equipe.

Foram realizadas quatro semanas de capacitação sobre o tema HAS, DM e sobre o funcionamento do programa, além de realizada a impressão e disponibilização na unidade da literatura que serviu para embasamento. Houve a participação de todos os funcionários da UBS, todos puderam tirar dúvidas e opinar para o melhor funcionamento do programa, tornando a atividade bastante proveitosa. Da mesma maneira, durante o decorrer da intervenção reuniões de equipe foram realizadas para discutir e sistematizar as atividades que seriam veiculadas a esses usuários.

Através de um breve registro dos usuários pertencentes aos grupos de HAS/DM da unidade pudemos iniciar nosso cadastramento, foram impressas as fichas espelho e organizado um arquivo específico, que foi feito no começo da intervenção, pois na UBS não existia arquivo para estes usuários hipertensos e diabéticos. Este arquivo está disponível na sala da enfermagem, organizado por grupo de idades. Todos os usuários considerados participantes da intervenção e que foram atendidos clinicamente receberam adesivos indicativos nos seus prontuários (verdes com a sigla HAS e amarelos com a sigla DM), servindo para facilitar o trabalho das técnicas de enfermagem. Estas fichas espelho são entregues ao médico conjuntamente com o prontuário, no momento da consulta.

Somente foram adicionados à planilha de coleta de dados os usuários que tiveram atendimento clínico feito pelo médico. Assim, foram avaliados 268 hipertensos e 124 diabéticos, atingindo o indicador de cobertura em 44,1% para hipertensos e 82,7% de cobertura para diabéticos. O atendimento clínico neste período melhorou muito, principalmente porque é feito a partir do protocolo de atendimento destas doenças crônicas, preconizado pelo MS.

Dentro dos obstáculos encontrados na primeira semana foi que não conseguimos completar as fichas espelhos faltantes, pois na secretaria não havia recursos para a impressão das fichas, mas foram recuperadas na semana dois, onde o gestor providenciou o material de trabalho. Tivemos dificuldades com os usuários faltosos que alguns esqueceram as consultas e outros, por encontrar-se trabalhando, não participaram das consultas programadas, mas recuperamos eles por via telefônica ficando marcado um horário de acordo com sua disponibilidade para o atendimento.

No decorrer da intervenção tivemos contato com vários setores da comunidade, com líderes do conselho de saúde da comunidade, grupo de idosos e uma representação de jovens. O contato com todos os usuários atendidos até agora ocorreram apenas dentro da UBS devido à ausência da ESF e ACS que impossibilita a realização de visitas domiciliares.

Contamos com o apoio da nutricionista oferecendo na unidade palestras sobre alimentação saudável, controle de peso e a não ingestão de sal e a importância da prática de atividade física regular para a comunidade e para a equipe de trabalho, sendo de muita ajuda e satisfação para todos. Durante as reuniões e consultas foram realizadas conversas com os usuários sobre hábitos de vida saudável e sobre a patologia em si, também houve o preenchimento das fichas espelho, aferição dos sinais vitais, solicitação de exames e readequação (com esclarecimento) das medicações. Em relação a isto, houve certa resistência por parte de alguns usuários quanto à substituição das medicações, principalmente àquelas prescritas no sistema privado, sendo então acolhida a decisão do usuário.

Como atividades comunitárias foram realizados encontros coletivos (em horário alternativo) com o tema "HAS/DM: hábitos de vida saudável", sendo abordado de diferentes formas pela nutricionista e médica. Tivemos a participação de aproximadamente 22 pessoas. Foram distribuídos folhetos informativos e os usuários todos muito motivados. Uma paciente falava que desde que interrompeu o

funcionamento da ESF na UBS, nunca mais foi feita uma atividade como essa, revelando desta forma uma satisfação pela oferta das ações educativas.

Uma ação muito importante, iniciada no primeiro mês da intervenção e que perdura, foi a reserva de uma consulta/turno para agendamentos/retornos. Esse agendamento pode ser solicitado por qualquer membro da equipe, desde que seja necessária a avaliação médica. Apesar de parecer pouco, foi um passo muito grande num sistema que só trabalhava com demanda espontânea até então.

Na tentativa de avaliar como está a atuação da equipe em relação à intervenção, entreguei as fichas espelho com as instruções para o enfermeiro e a técnica de enfermagem para que realizassem o preenchimento de novas fichas dos usuários, fornecendo orientações e identificando os que tinham exames em atraso ou receitas desatualizadas, etc. Foi uma atividade muito válida, pois elas fizeram adequadamente o preenchimento e o desempenho das ações previstas. Vale destacar o trabalho realizado pela equipe de saúde na unidade durante as minhas férias, seguindo o planejado para o cadastramento, atendimentos e atividades previstas no cronograma da intervenção, por isso foi possível completar 16 semanas de trabalho no projeto.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Conforme relato acima, todas as ações previstas foram desempenhadas embora com algum nível de dificuldade, como exemplo, falta de dados cadastrais da população adstrita somou negativamente para que a meta de cobertura do programa para hipertensos não fosse atingida em 100%, e a falta de gestão da secretaria e prefeitura do município para a formação novamente da ESF. Outra grande dificuldade foi o atendimento odontológico, que não foi realizado, pois a unidade não conta com consultório de odontologia, tivemos no começo uma unidade móvel que esteve dando atendimento, mas depois não continuou sendo realizado e foi impossível cumprir com esse indicador.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Encontrei dificuldade na coleta do indicador relativo aos exames complementares, pois muitos usuários faziam os exames, mas não apresentavam ao

médico e outros mostravam apenas ao seu médico particular, ficando algumas vezes incompleto os dados relativos aos exames complementares, o que diretamente inviabilizava o cálculo do escore de risco cardiovascular. Os dados relativos ao atendimento odontológico não foram recolhidos porque a unidade não conta com este serviço, por tanto, na planilha de coleta de dados, os mesmos, não foram coletados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Para avaliar como estava a atuação da equipe na intervenção, foram entregues as fichas espelhos com as instruções precisas para técnica de enfermagem e enfermeiro da unidade, para que realizassem o preenchimento das novas fichas dos novos usuários fornecendo informações e identificando os que tinham exames em atraso e receitas desatualizadas.

A intervenção certamente foi positiva, pois houve incorporação das ações às atividades rotineiras da unidade, conseguindo o engajamento e comprometimento de todos os membros da equipe e da comunidade, podendo influir positivamente na modificação do estilo de vida da população.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria de atenção à saúde dos usuários com HAS e DM maiores de 20 anos residentes na área de abrangência da UBS. A população total da área adstrita está em torno de 4000 pessoas, as estimativas de Vigitel (2011) refere a presença de 2.680 pessoas com 20 ou mais na área de abrangência da UBS, e destas, 608 são hipertensas e 150 diabéticas. Após a implementação de 16 semanas de atuação do projeto, chegamos ao equivalente a 268 (44,1%) hipertensos e 124 (82,4%) diabéticos cadastrados no programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, pertencentes a área de abrangência da UBS Santa Marta, município Camaquã.

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

Meta 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Meta 1.2 Cadastrar 80 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Durante a evolução ao longo de quatro meses de intervenção, observou-se ascensão do número de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no

programa, sendo que no 1º mês foram 81 hipertensos cadastrados (13,3%), no 2º mês 149 hipertensos (24,5%), no 3º mês 215 hipertensos (35,4%) e no 4º mês 268 hipertensos (44,1%), conforme figura 1. Já os diabéticos no 1º mês foram 39 (26%), no 2º mês 80 diabéticos (53,3%), no 3º mês 114 diabéticos (76,0%) e no 4º mês 124 diabéticos (82,7%), conforme figura 2.

A meta para este indicador era ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos cadastrados no programa de atenção aos hipertensos e diabéticos na unidade em 80%, por tanto foi atingida em relação aos pacientes diabéticos, mas não foi atingida em relação aos pacientes hipertensos. No entanto considerou-se o resultado satisfatório, pois conseguimos cadastrar grande número de pacientes hipertensos, pois nossa Unidade de saúde não tem ESF, nem ACS tão necessários na busca de novos casos para o cadastramento.

A ação que mais auxiliou no cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área adstrita foi a procura nos prontuários e nos dados arquivados pela secretaria de saúde, além de que, ao hipertensos e diabético.

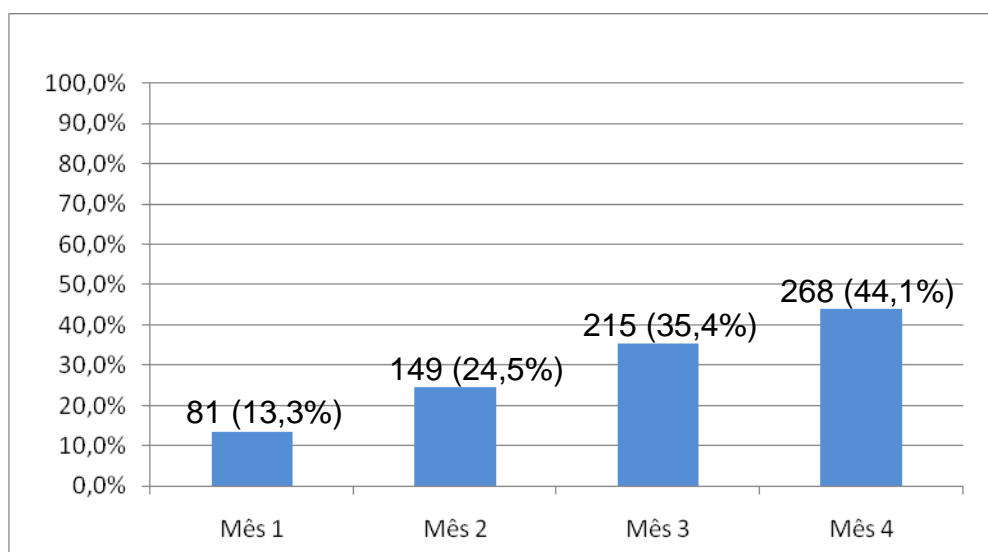


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Santa Marta, Camaquã/RS, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

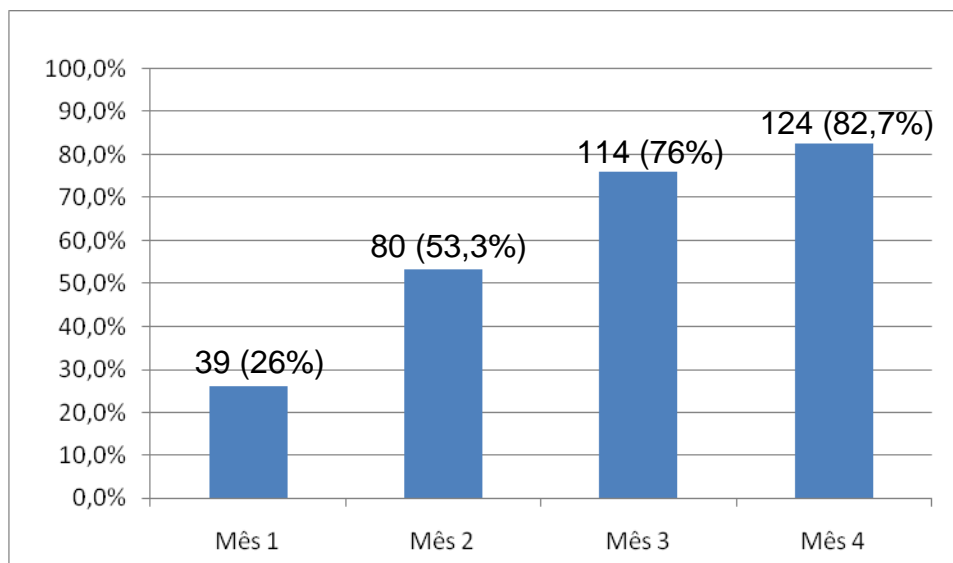


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Santa Marta, Camaquã/RS, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

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

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

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

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

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

Em relação aos usuários hipertensos e diabéticos com exames clínicos apropriados de acordo com o protocolo de atendimento, no início da intervenção no 1 mês foram 67 hipertensos realizaram exames clínicos apropriados (82,7%), no 2° mês 124 hipertensos realizaram exames adequados (83,2%), no 3° mês 183 realizaram exames clínicos adequados (85,1%) e no 4° mês 236 hipertensos (88,1%), conforme figura 3. Já em relação aos diabéticos no 1° mês foi 30 (76,9%), no 2° mês 58 (72,5%), no 3° mês 83 (72,8%) e no 4° mês 93 (75%), conforme figura 4.

Conseguimos realizar exames clínicos apropriados aos usuários, porque no início da intervenção fizemos capacitações por um período de quatro semanas para

a equipe de saúde sobre o atendimento clínico, combinando sempre com a secretaria de saúde para ter uma versão atualizada dos protocolos de atendimento.

A meta para este indicador foi realizar exames clínicos em dia a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, portanto não foi atingida. Infelizmente durante meu período de férias (seis semanas) a equipe de saúde da unidade não conseguiu fazer os exames clínicos necessários, pois a demanda de usuários foi muito alta e tiveram saída de férias de outros integrantes da equipe que também impossibilitou o trabalho para atingir a meta prevista. Com a concretização do projeto na rotina da UBS e da comunidade, espera-se que a proporção de hipertensos e diabéticos com realização de exame clínico adequado chegue ao indicador esperado.

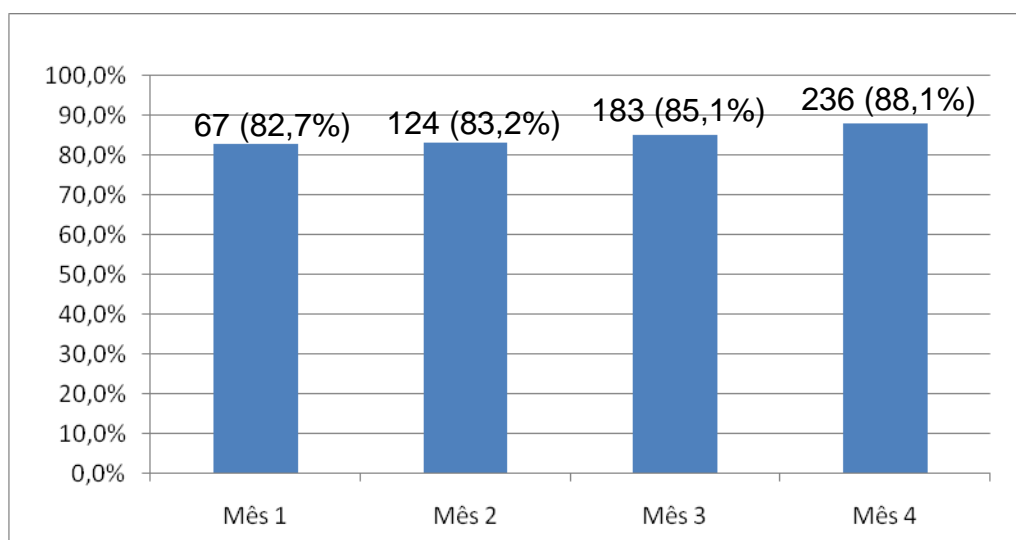


Figura 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Santa Marta, Camaquã/RS, 2015.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

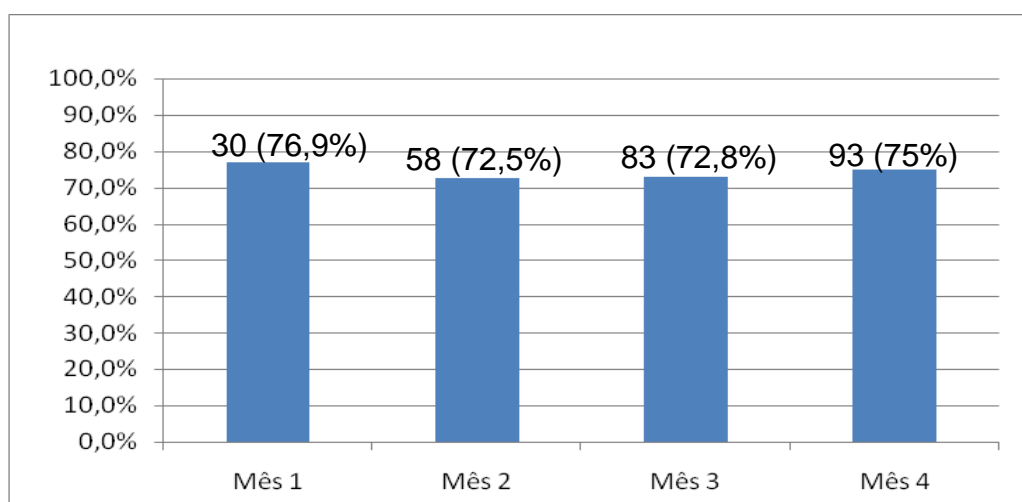


Figura 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia

de acordo com o protocolo na UBS Santa Marta, Camaquã/RS, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

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

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

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

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

Em relação a meta de garantir a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo aos hipertensos e diabéticos do programa, no início da intervenção no 1º mês 67(82,7%) hipertensos realizaram exames complementares em dia, no 2º mês 124 (83,2%), no 3º mês 183 (85,1%) e no 4º mês 236 (88,1%), conforme figura 5. Já em relação aos diabéticos no 1º mês 30(76,9%) realizaram exames complementares em dia, no 2º mês 58(72,5%), no 3º mês 83 (72,8%) e no 4º mês 93 (75%) realizaram exames laboratoriais em dia, conforme figura 6.

A meta prevista para este indicador era garantir a realização de exames complementares em dia a 100% de hipertensos e diabéticos do programa, por tanto não foi atingida, pois os exames complementares são realizados na secretaria de saúde do município, mas demoram muito para ser agendados e realizados. Apesar disto, a equipe considerou o resultado satisfatório, pois além de não ter os recursos necessários conseguimos grande número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais em dia. Com a continuidade do projeto espera-se com ajuda do gestor do município a regularidade no trabalho dos laboratórios clínicos pelo SUS e melhor disponibilidade para conseguir atingir esta meta.

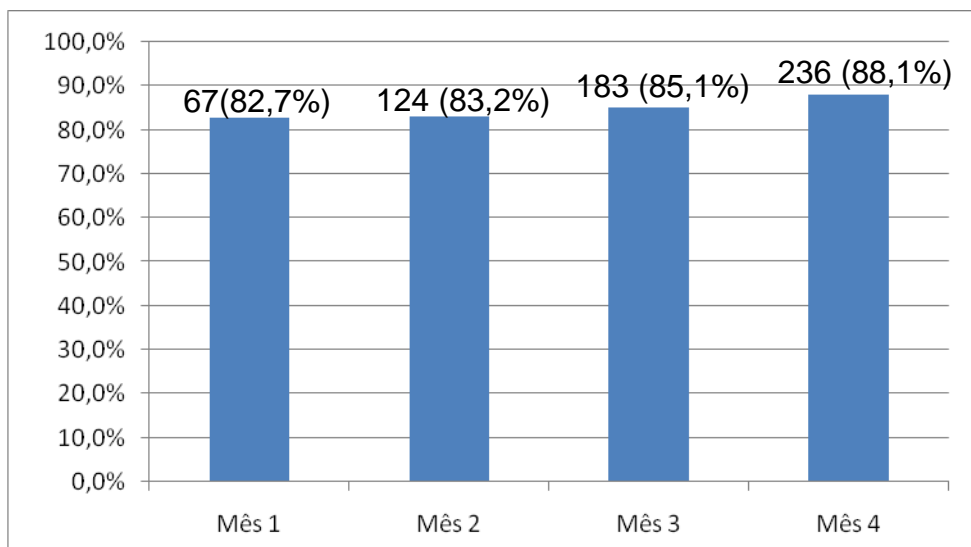


Figura 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Santa Marta, Camaquã/RS, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

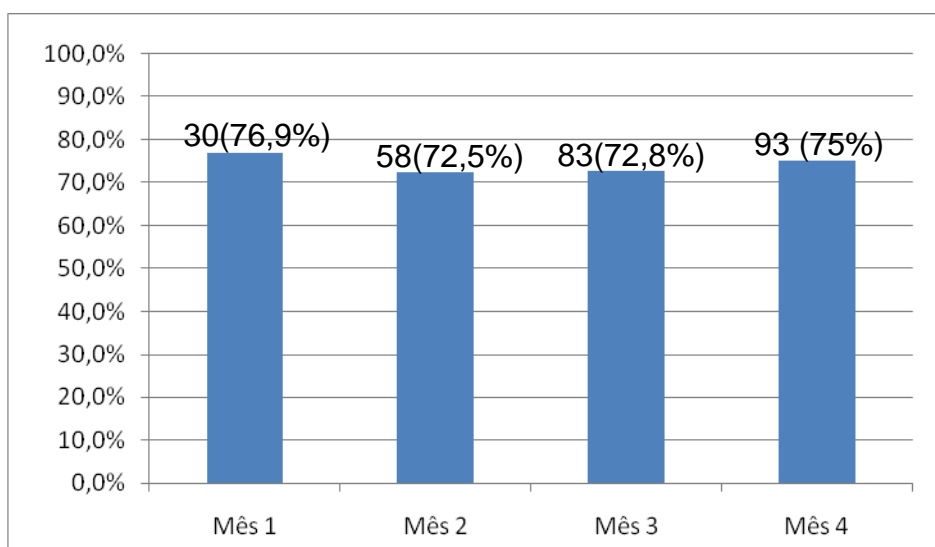


Figura 6: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Santa Marta, Camaquã/RS, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

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

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

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

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

Em relação a meta de garantir a prescrição de medicamentos controlados aos hipertensos e diabéticos do programa estipulamos a meta para 100%, esta foi atingida em sua totalidade. Para os hipertensos, no 1º mês 81 hipertensos receberam seus medicamentos (100%), no 2º mês 149 (100%), no 3º mês 215 (100%) e no 4º mês 268 (100%). Em relação aos diabéticos, no 1º mês 39 diabéticos receberam seus medicamentos (100%), no 2º mês 80 (100%), no 3º mês 114 (100%) e no 4º mês 124 (100%).

A ação que contribuiu para que os usuários recebessem os medicamentos na farmácia popular foi que durante as consultas foram orientados e informados sobre o acesso as medicações nas farmácias populares e alternativas e foram também distribuídos folhetos informativos.

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

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

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

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

Em relação a meta de realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos do programa, não foi realizada pois a unidade não conta com consulta odontológica. No começo da intervenção tivemos uma unidade móvel de odontologia que garantia os serviços odontológicos, só uma vez por semana, mas depois não continuou sendo realizado, por tanto, nenhuma informação em relação a este indicador foi recolhida.

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

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

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

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

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

Em relação a meta fazer busca ativa em 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas, ao longo da intervenção conseguimos os seguintes resultados: no 1º mês, tivemos 12 hipertensos faltosos recuperados na busca ativa (100%), no 2º mês 26 (100%), no 3º mês 29 (100%) e no 4º mês 29 (100%). Em relação aos diabéticos tivemos no 1º mês 10 diabéticos faltosos recuperados na busca ativa (100%), no 2º mês 18 (100%), no 3º mês 22 (100%) e no 4º mês 22 (100%). Todos os usuários faltosos foram recuperados na busca ativa por via telefônica, pois a unidade não conta com ACS. Esses dados demonstram um desempenho excelente com as buscas ativas aos usuários faltosos no decorrer de implantação do projeto.

No transcurso da intervenção, reuniões da equipe foram realizadas para priorizar os agendamentos dos usuários faltosos. Nas consultas foram feitas conversas sobre a importância de realizar o atendimento periódico e correto, evitando complicações das doenças.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

No que se refere a meta manter registro adequado na ficha de acompanhamento para os hipertensos e diabéticos, foram estimados em 100% estes indicadores. No 1º mês 81 hipertensos tinham fichas de acompanhamento adequadas (100%), no 2º mês 149 (100%), no 3º mês 215 (100%) e no 4º mês 268 (100%). Em relação aos diabéticos os resultados alcançados foram: no 1º mês 39 diabéticos tinham fichas de acompanhamento adequadas (100%), no 2º mês 80 (100%), no 3º mês 114 (100%) e no 4º mês 124 (100%).

A ação que contribuiu para que a totalidade dos usuários acompanhados tivesse os registros adequados nas fichas de acompanhamento foi pela revisão periódica (semanal) do registro do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, sendo monitorado pelo enfermeiro e médico.

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 cadastrados na unidade com estratificação do risco cardiovascular.

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

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

Em relação a meta de realizar estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia foi estipulado atingir a meta de 100% para os hipertensos e diabéticos. Em relação aos hipertensos, no 1º mês 56 (69,1%) hipertensos tinham estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, no 2º mês 96(64,4%), 3 meses 125(58,1%) e no 4º mês 151(56,3%) hipertensos tiveram estratificação de risco cardiovascular de acordo com o protocolo de atendimento, conforme figura 7.

Em relação aos diabéticos no 1º mês 26(66,7%) diabéticos realizaram estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, no 2º mês 51(63,8%), no 3º mês 64(56,1%) e no 4º mês 69(55,6%) diabéticos tiveram a estratificação de risco cardiovascular de acordo com o protocolo de atendimento no programa, conforme figura 8.

A meta proposta foi realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos usuários cadastrados na unidade, logo não foi atingida. Infelizmente durante meu período de férias (6 semanas) a equipe de saúde da unidade não conseguiu fazer os exames clínicos necessários, pois a demanda de usuários foi muito alta e tiveram saída de férias de outros integrantes da equipe que também impossibilitou o trabalho para atingir a meta prevista. Além disso, o município tem dificuldade com os encaminhamentos para especialidades entre elas cardiologia, pela baixa

disponibilidade de especialistas e os exames complementares que demoram muito tempo para serem marcados e realizados.

No entanto, considerou-se o resultado satisfatório devido o número expressivo de hipertensos e diabéticos que conseguimos realizar a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, com perspectiva de melhorias. Conseguimos este resultado porque no início da intervenção fizemos capacitações por um período de quatro semanas para a equipe de saúde sobre como realizar estratificação de risco segundo o score de Framingham ou lesões em órgãos alvos, onde se priorizou o agendamento daqueles usuários com alto risco cardiovascular.

Além disso, nas consultas médicas os usuários foram orientados sobre a importância do bom acompanhamento (apoio nutricional, no aspecto de modificação da alimentação), para assim evitar complicações e conseguir ter uma população com uma alimentação saudável. Com a continuidade do projeto espera-se alcançar a meta prevista.

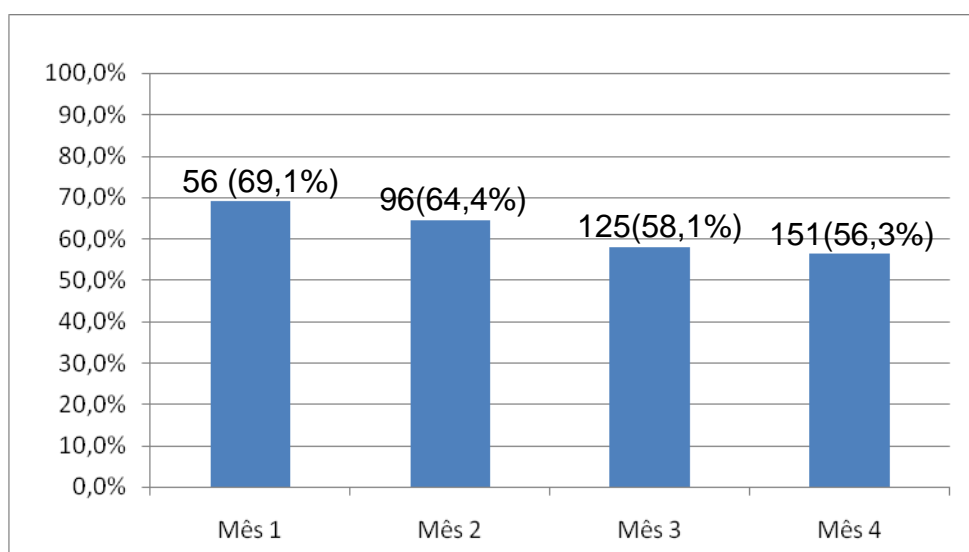


Figura 7: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Santa Marta, Camaquã/RS, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

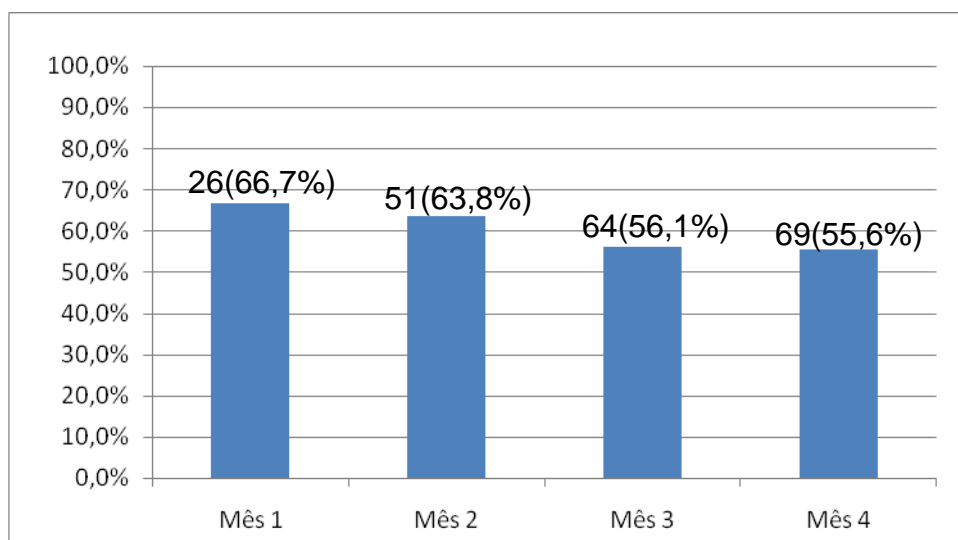


Figura 8: Proporção de diabéticos com estratificação de risco Cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Santa Marta, Camaquã/RS, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Em relação às metas de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, realizar orientação sobre a prática de atividade física regular, orientação sobre os riscos de tabagismo e orientações sobre higiene bucal, tanto para os hipertensos como para os diabéticos, foram estimados atingir 100% para todas estas metas. Ao longo da intervenção, no 1º mês 81 hipertensos receberam todas essas orientações (100%), no 2º mês 149 hipertensos receberam as orientações (100%), no 3º mês 215 hipertensos receberam orientações (100%) e no 4º mês 268 foram orientados sobre essas ações de cuidado a saúde (100%).

Em relação aos diabéticos, no 1º mês 39 diabéticos cadastrados receberam todas essas orientações (100%), no 2º mês 80 diabéticos receberam as orientações (100%), no 3º mês 114 receberam orientações (100%) e no 4º mês 124 receberam as orientações gerais sobre o cuidado a saúde (100%).

A ação que contribuiu para o alcance de 100% destas metas foram o apoio e participação da equipe (nutricionista, enfermeiro, técnica de enfermagem e médica) em palestras, encontros coletivos e conversa com a comunidade sobre temas relacionados com hábitos alimentares saudável, e estilos de vida adequados, realização de atividade física regular, riscos do tabagismo e adequada escovação bucal para evitar lesões ou alterações bucais. Além disso, durante as consultas foram realizadas conversas diretamente com o paciente sobre cuidados a saúde.

4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade básica de saúde propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção, com destaque para ampliação do exame clínico completo, exames complementares em dia e para classificação de risco de ambos os grupos. A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do MS ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, do enfermeiro, da auxiliar de enfermagem e da recepção.

A secretária na recepção foi encarregada do acolhimento do usuário, primeiro encontro de vital importância para posterior atendimento. Em seguida, era feita a triagem pelo enfermeiro ou técnica de enfermagem e posteriormente os usuários eram encaminhados para o atendimento médico. O programa de atendimento a usuários hipertensos e diabéticos foi de responsabilidade da médica e enfermeiro, destacando-se o trabalho do enfermeiro capacitado para resolver o atendimento do paciente sem chegar ao atendimento pelo médico. Os usuários descompensados foram avaliados pelo médico e encaminhados as especialidades e serviços precisos em caso necessários.

A capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de atendimento aos hipertensos e diabéticos foi responsabilidade da médica e do enfermeiro, que definiu em cada encontro o papel de cada profissional na ação programática. O cadastramento dos pacientes foi responsabilidade do enfermeiro que registrava, semanalmente, todos os usuários no livro de registros do programa. Toda a equipe participou das conversas, reuniões, atividades coletivas sobre temas de saúde com a comunidade, mas a responsabilidade foi da médica e do enfermeiro da unidade.

A busca ativa de usuários faltosos à consulta foi feita pela secretária da unidade, por via telefônica, recuperando assim todos os atendimentos. O monitoramento da ação foi feito pelo enfermeiro que examinou as fichas-espelho dos usuários do programa e os prontuários clínicos identificando aquelas que não tinham exames clínicos, exames complementares, estratificação de risco cardiovasculares no dia para completar informações.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos hipertensos e diabéticos eram concentradas na médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, mudou a qualidade do atendimento médico e o relacionamento entre o médico e o usuário, além da prevenção de complicações e hábitos/estilos de vida não saudável. A melhoria dos registros, o agendamento e cadastramento dos hipertensos e diabéticos viabilizaram a otimização da agenda para atenção a demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção foi bem percebido pela comunidade, ainda falta muito que realizar em relação a aumentar as atividades educativas para conseguir maior conscientização da comunidade, mas os resultados foram satisfatórios. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, com o exame clínico e complementar recomendado pelos protocolos e a regularidade do programa. Em algumas ocasiões isto gerou insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização, mas foram em poucos momentos. Em geral, foi explicada a comunidade, nas atividades coletivas, como ia acontecer à intervenção e porque a priorização d estes pacientes. Apesar de ampliar cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura, sendo que teremos que manter a busca desses usuários mantendo o trabalho em equipe.

A intervenção poderia ter sido facilitada se na unidade existisse uma análise situacional mais aprofundada e fidedigna a realidade, descrevendo uma panorâmica melhor da minha comunidade, quais eram os fatores de risco que mais atingiam a minha comunidade e a população exata a trabalhar. Os dados da minha análise situacional foram estimados, pois não havia nenhum registro anterior que pudesse ser utilizado como referência para a coleta da informação. Mas foram discutidas as atividades que estavam sendo desenvolvidas com a equipe cumpridas durante a intervenção, além das reuniões e contatos que tivemos com a comunidade para orientar e explicitar os critérios para priorização da atenção aos hipertensos e diabéticos.

Entretanto considero que faltou um pouco mais de articulação com a comunidade para discutir a melhor maneira de implementar este projeto. Agora que estamos no final do projeto, percebo que a equipe esta integrada e que a

intervenção foi incorporada a rotina do trabalho da unidade, porém teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção foi incorporada satisfatoriamente a rotina do serviço, mas ainda podemos melhorar alguns aspectos para otimizar a intervenção, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando a coleta de alguns indicadores como exames clínicos e exames complementares em dia de acordo com o protocolo de atendimento, assim como estratificação de risco, indicadores nos quais as metas não foram atingidas.

Além disso, a falta de resolutividade e organização do gestor do município para garantir o atendimento odontológico em nossa unidade impediu que este indicador fosse desenvolvido na intervenção, ação muito importante para aperfeiçoar o atendimento destes pacientes e evitar complicações. Vamos continuar o trabalho com as fichas dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar os indicadores que tínhamos previsto no projeto e que não foram atingidos. Continuaremos insistindo junto ao gestor do município para disponibilizar o atendimento odontológico em nossa unidade e poder desenvolver este importante indicador que também estava previsto em nosso projeto, mas não foi realizado.

A partir dos próximos meses pretendemos investir na ampliação da cobertura dos hipertensos e diabéticos, trabalho difícil, pois desafortunadamente não contamos com a ESF na unidade, nem ACS, tão necessários na busca ativa destes usuários, mas com trabalho em equipe e organização vamos conseguir. Tomando este projeto como exemplo pretendemos implementar outros programas importantes na UBS como programa de prevenção de câncer de colo de útero e câncer de mama.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestor do município de Camaquã,

Entre os meses de fevereiro a maio do ano 2015, toda a equipe da UBS Santa Marta teve sua atenção destinada à atenção da saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. A partir de um projeto de intervenção organizado como tarefa do curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS) elaboramos um projeto voltado para a melhoria da atenção da saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da UBS Santa Marta.

Durante 16 semanas de intervenção, houve uma ênfase nos atendimentos relacionados à atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, seguindo o protocolo de atendimento aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, do Ministério da Saúde (2013). O público-alvo foi composto por usuários hipertensos e diabéticos pertencentes à área de abrangência da UBS. As metas foram estipuladas e as ações estiveram alicerçadas em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Nesse âmbito, cada profissional, previamente capacitado, esteve ciente de suas responsabilidades desempenhando-as com exatidão. A secretária na recepção foi encarregada do acolhimento do usuário, primeiro encontro de vital importância para posterior atendimento. A equipe de enfermagem foi encarregada de triagem, cadastramento e divulgação da intervenção nas salas de espera e nos encontros de grupos de promoção à saúde, aproveitando todos os espaços e oportunidades para divulgar a importância da prevenção da hipertensão e diabetes. A médica organizou

sua agenda de forma a melhor atender aos usuários, seja na realização dos exames clínicos, indicação de exames complementares e seguimento de investigação e tratamento. A busca ativa de pacientes faltosos à consulta foi feita pela secretária da unidade, por via telefônica, recuperando assim todos os atendimentos. As informações eram todas discutidas em reunião de equipe, onde se planejavam as atividades com o propósito de atingir as metas e os indicadores previstos.

Na nossa área de abrangência existe uma estimativa de 4000 habitantes, dados estimativos que obtivemos através dos prontuários clínicos e informação estatística da secretaria de saúde do município. Não foi possível fazer cadastramento real de toda a população pela ausência de ACS, profissionais fundamentais nesta atividade de recadastramento, pois não atuamos no modelo da ESF. Segundo a estimativa, 608 eram os usuários hipertensos com 20 anos ou mais e 218 diabéticos com 20 anos ou mais. Ao final das 16 semanas, o número absoluto de 268 hipertensos, residentes na área de abrangência e 124 diabéticos procuraram o serviço para o atendimento, de maneira espontânea ou por agendamento prévio. Para ambos indicadores, os números foram ascendendo mês a mês durante a intervenção, comprovando a efetividade da mesma, assim, atingimos a cobertura de 44,1% e 87,2% para hipertensos e diabéticos, respectivamente.

Os indicadores de qualidade relacionados aos exames clínicos e exames complementares não foi atingidos 100% pois infelizmente durante meu período de férias (6 semanas) a equipe de saúde da unidade não conseguiu fazer os exames clínicos necessários, pois a demanda de pacientes foi muito alta e tiveram saída de férias de outros integrantes da equipe que também impossibilitou o trabalho para atingir a meta prevista. Somando a este fator, os exames complementares são realizados na secretaria de saúde do município, mas demoram muito para ser agendados e realizados. Desta forma, conseguimos a atingir 236 (88,1%) hipertensos e 93 (75%) diabéticos na realização de exames clínicos e exames complementares.

Observamos que há um descompasso na gestão e organização/regulação dos exames complementares. De acordo com informações dos próprios usuários, após dois meses de solicitação, alguns são obrigados a fazer nos serviços privados para dar seguimento ao processo de investigação diagnóstica, contudo é concreta as dificuldades econômicas que a maioria apresentam. Tal situação é um ultraje aos preceitos de medicina preventiva, cujo principal objetivo do exame é o rastreamento

de fatores de riscos que facilitam o desenvolvimento da hipertensão e diabetes, assim como suas complicações, além da importância para poder estabelecer a classificação de estratificação do risco cardiovascular. Além disso, ajuda com a diminuição de gastos públicos com saúde, além dos indicadores de morbimortalidade da população-alvo.

Em relação ao indicador relacionado a avaliação da necessidade de atendimento odontológico não foi realizado pois a unidade não conta com equipe de odontologia. No começo da intervenção tivemos uma unidade móvel de odontologia que garantia os serviços odontológicos, só uma vez por semana, mas depois não continuou sendo realizado, por tanto, nenhuma informação em relação a este indicador foi recolhida. Desejamos contar com a parceria da gestão na resolubilidade desta demanda de saúde para podermos ofertar um atendimento integral aos nossos usuários.

Apenas mais um adendo quanto à resolubilidade do tempo de espera para a realização de exames complementares, e restabelecimento na unidade do atendimento odontológico, pois estes usuários não podem ser submetidos à má organização ou falha de contratos na saúde pública.

Certamente, no período compreendido, apareceram algumas dificuldades que, na medida do poder de resolubilidade que cabe ao profissional foram superadas. De início, a secretaria de saúde não proveu o material necessário em condições adequadas para o desenvolvimento da ação, mas depois tudo foi devidamente providenciado.

Esperamos com um bom trabalho em equipe conseguir a permanência da intervenção no cotidiano do serviço da UBS Santa Marta. Houve, no geral, uma boa adesão ao programa dada a sensibilização de todos sobre a importância da atenção aos hipertensos e diabéticos. Apesar das limitações impostas que fogem a governabilidade do profissional local, percebeu-se que a atenção à saúde na sala de espera e nas consultas individuais, bem como a ação da equipe são benéficas e complementam a qualidade das ações na atenção aos hipertensos e diabéticos.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Olá comunidade de Santa Marta,

A UBS Santa Marta vivenciou nos últimos meses, de fevereiro a maio de 2015, uma intervenção em saúde relacionada a atenção destinada à usuários com hipertensão e diabetes. Durante dezesseis semanas, período da intervenção, houve um aumento nos atendimentos relacionados aos usuários com estas doenças crônicas. Os usuários hipertensos e diabéticos da unidade tiveram prioridade nas consultas. As metas foram estipuladas e buscou-se melhorar o atendimento, os registro dos pacientes e a organização do serviço.

Cada profissional desenvolveu o seu papel: a recepção oferecia e marcava as consultas mediante demanda espontânea ou agendamentos. A equipe de enfermagem foi encarregada de triagem, cadastramento e divulgação da intervenção nas salas de espera e nos encontros de grupos de promoção à saúde, aproveitando todos os espaços e oportunidades para divulgar a importância da prevenção da hipertensão e diabetes. A médica organizou sua agenda de forma a melhor atender aos usuários, seja na realização dos exames clínicos, indicação de exames complementares e seguimento de investigação e tratamento. E, por fim, a busca ativa de usuários faltosos à consulta foi feita pela secretária da unidade, por via telefônica, recuperando assim todos os atendimentos.

Ao final dos quatro meses, 268 hipertensos e 124 diabéticos procuraram o serviço para o atendimento, de maneira espontânea ou por agendamento prévio atingindo indicadores de 44,1% e 87,2% de cobertura no cadastramento desses usuários. Para ambos os indicadores, os números foram ascendendo mês a mês durante a intervenção, comprovando a efetividade da mesma.

A qualidade do atendimento também melhorou de forma espetacular. Todos os usuários tiveram suas informações e resultados anotados, os atendimentos foram

realizados de forma satisfatória, de modo que contemplasse o correto exame clínico e indicação de exames complementares precisos.

Apesar das dificuldades encontradas no meio do caminho, a equipe conseguiu desenvolver um bom serviço. Em nenhum momento faltou material de trabalho para o correto desenvolvimento da intervenção. Os temas sobre saúde foram abordados na sala de espera, com objetivo de que os usuários chegassem a suas casas e divulgassem a importância da prevenção de fatores de risco que facilitam o desenvolvimento e complicações dessas doenças. Tal medida ajuda para que a informação seja propagada a grande parte da comunidade, sobretudo porque a unidade não tem agentes comunitários.

Foi possível realizar metas importantes de promoção a saúde, a partir da orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação sobre a prática de atividade física regular, orientação sobre os riscos de tabagismo e orientações sobre higiene bucal, tanto para os hipertensos como para os diabéticos em sua totalidade. Ao longo da intervenção, 268 (100%) hipertensos e 124 (100%) diabéticos foram orientados sobre essas ações de cuidado a saúde.

Os indicadores de qualidade relacionados aos exames clínicos e exames complementares não foram atingidos 100% pois infelizmente durante meu período de férias (6 semanas) a equipe de saúde da unidade não conseguiu fazer os exames clínicos necessários, pois a demanda de usuários foi muito alta e tiveram saída de férias de outros integrantes da equipe que também impossibilitou o trabalho para atingir a meta prevista. Somando a este fator, os exames complementares são realizados na secretaria de saúde do município, mas demoram muito para ser agendados e realizados. Desta forma, conseguimos a atingir 236 (88,1%) hipertensos e 93 (75%) diabéticos na realização de exames clínicos e exames complementares.

Falhas na organização do sistema para a realização dos exames complementares não podem ser admitidas, senão quantos usuários hipertensos e diabéticos ficam sem saber os fatores de risco que estão interferindo negativamente a sua saúde, e que são detectados nos exames complementares?

Infelizmente não conseguimos garantir a realização das consultas de odontologia, contudo não podemos perder a credibilidade no sistema de saúde público e no gestor do município, que com certeza vai achar uma maneira de recuperar esse serviço na unidade. É preciso que a comunidade se organize em

grupos e passe a dialogar com a equipe de saúde e gestão sobre a falta de alguns serviços de saúde na UBS. Estamos abertos para este diálogo e para isso é preciso que vocês, usuários do serviço de saúde, exerçam o protagonismo social.

Fica decidido, portanto, a permanência da intervenção no cotidiano do serviço da UBS Santa Marta. Houve, no geral, uma boa adesão ao programa dada a sensibilização de todos sobre a importância da atenção a saúde dos usuários com hipertensão e diabetes no contexto da saúde pública. Apesar das limitações impostas que fogem do controle do profissional local, percebeu-se que a atenção à saúde na sala de espera e nas consultas individuais, bem como a ação de toda a equipe da unidade são benéficas e complementam as melhorias na atenção a saúde.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao iniciar a intervenção na atenção a saúde dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, na UBS Santa Marta, minha expectativa se compunha por um misto de desejos de mudanças e de aumentar a qualidade da atenção à saúde nos usuários hipertensos e diabéticos da área, além de aumentar minha qualificação profissional e meus conhecimentos sobre saúde da família na comunidade. Pensamentos sobre como desenvolver atividades que levassem à população informações capazes de promover o trabalho em equipe, a prevenção e monitoramento das situações de risco, o planejamento das ações de saúde e a avaliação das ações de saúde faziam parte das minhas preocupações. Afinal, as atividades que envolvem a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos sempre merecem destaque no âmbito de saúde.

São vários os estudos que demonstram que, apesar de todo o enfoque dado, desde 1994, com o Programa de Saúde da Família (PSF), há uma necessidade crescente em otimizar o trabalho das equipes de saúde para a identificação precoce e o bom controle e tratamento dessa parte da população acometida por estas doenças crônicas tão freqüentes.

Ao longo das atividades, as dificuldades impostas que saíram do poder de resolubilidade do profissional local da UBS, dificultaram o acesso dos usuários à algumas informações e atendimentos necessários como atenção odontológica, retardando as respostas a suas queixas em relação a demora de agendamentos relacionados principalmente com exames complementares e avaliação por outras especialidades, retardaram o diagnóstico precoce de algumas complicações e, obviamente, geraram uma piora no prognóstico de alguns usuários com estas doenças crônicas.

Por diversas vezes, em quatro meses, acreditei que as mudanças advindas com a intervenção não perpetuariam na rotina da unidade. Contudo, paulatinamente, os trabalhadores e a população foram se acostumando e se tornando cientes do enfoque dado à atenção adequada dos usuários hipertensos e diabéticos. E hoje, de modo paradoxal, afirmo que as melhorias permanecem e tendem a gerar resultados cada vez mais positivos.

Com o curso, pude enxergar a importância principal da Estratégia em Saúde da Família: a reestruturação da atenção primária, centrada na família, cujo enfoque está nas ações de prevenções para intervir nos fatores agravantes à saúde. No contexto do SUS, compreende-se a importância epidemiológica nas intervenções para promoção de saúde. Um trabalho estruturado em equipe, que busca humanizar as práticas na UBS, satisfazer o usuário através do relacionamento estreito entre profissionais e a comunidade. Em quatro meses, todo o meu desejo por mudanças que estava amparado por um poder de governabilidade se transformou na certeza de que sou um “agente de transformação”.

No curto período do curso e, mais ainda, no mínimo tempo disponível para realizar as atividades propostas, é notória a mudança da minha percepção de saúde pública. Acredito que as coletas de dados iniciais, o relato das experiências inicial e final, de modo comparativo, construíram minha nova visão sobre o SUS e sobre as atividades desenvolvidas na UBS que atuo. Em suma, significa que, a cada dia, torno-me um agente capaz de cobrar das autoridades uma política de saúde mais humanizada e adequada, respeitando os limites e o poder de resolubilidade de cada profissional.

Concluo que existe uma longa via a ser percorrida, e que a saúde pública deveria dar passos mais largos. Não obstante, está no caminho correto. Há possibilidades para construção de um sistema de saúde em que os trabalhadores e a população sintam-se no direito de desejar a mudança, e que consigam visualizar a concretude da proposta da ESF. Cada profissional, que desenvolve sua melhor habilidade, sua função, coopera para alcançar objetivos comuns e êxito do programa.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde . Secretaria de Vigilância em Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **VIGITEL Brasil 2011**. Saúde suplementar - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sócio demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2011. Rio de Janeiro. 2012

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

_____. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Cadernos de Atenção Básica, n.15)

_____. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Cadernos de Atenção Básica, n.16).

Apêndices

Apêndice “A” – Registros de imagens da intervenção



Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

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

Planilha de coleta de dados (Colunas A a F)

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

Planilha de coleta de dados (Colunas G a L)

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

Planilha de coleta de dados (Colunas M a S)

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

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

Assinatura do declarante