

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE À DISTÂNCIA
TURMA 6**



Trabalho de Conclusão de Curso

**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO E DIABETES
NA UBSF DR. VULPIANO CAVALCANTE DE ARAÚJO, NATAL/RN**

Filipe Henrique Alves Da Costa

Pelotas, 2015

FILIFE HENRIQUE ALVES DA COSTA

**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO E
DIABETES NA UBSF DR. VULPIANO CAVALCANTI DE ARAÚJO NA CIDADE DE
NATAL\ RN.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Família Modalidade EaD Universidade Aberta do SUS – Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Chandra Lima Maciel

Pelotas, 2015

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

C837m Costa, Filipe Henrique Alves da

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão e Diabetes na UBSF Dr. Vulpiano Cavalcante de Araújo, Natal/RN / Filipe Henrique Alves da Costa; Chandra Lima Maciel, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

88 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. Maciel, Chandra Lima, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedico este trabalho primeiramente a Javé por ter me concedido o dom da vida e da inteligência para poder seguir com o aprimoramento da arte médica e do cuidar ao próximo. A minha mãe, Maria Janile Alves da Costa, pelo amor incondicional, apoio e dedicação dispensados a mim.

Dedico também a minha avó, Luiza Alves Secundo, cujo o amor incondicional me guiou a seguir a profissão que escolhi. A meu mestre, Dr. Douglas Elias Dogol Sucar, pelos conhecimentos e ensinamentos a mim transferidos.

Por fim, dedico a Danílova Liohanny Costa da Silva pelo seu amor e zelo de uma esposa tão dedicada e cuidadosa, e a João e Maria Campos pelos ensinamentos e lições de vida e fé.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Javé, ser único onisciente, onipresente e onipotente pelo dom da arte de curar.

A minha orientadora Chandra Lima Maciel pelos ensinamentos, conhecimentos, conselhos e orientações durante esta especialização.

Aos meus amigos pelo apoio nos momentos de dificuldade.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Gráfico indicativo da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	61
Figura 2	Gráfico indicativo da Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	61
Figura 3	Foto: Encontro com hipertensos e diabéticos na Unidade.	87
Figura 4	Foto: Capacitação dos Agentes comunitários de saúde quanto à aferição da pressão arterial.	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CA	Câncer
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabete Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão arterial
RN	Rio Grande do Norte
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SERVIDIAH	Avaliação de Serviços de Atenção Básica à Saúde para Diabéticos e Hipertensos
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
1 ANÁLISE SITUACIONAL.....	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	12
1.2 Relatório da Análise Situacional	14
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	23
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	24
2.1 Justificativa.....	24
2.2 Objetivos e metas.....	26
2.2.1 Objetivo geral.....	26
2.2.2 Objetivos específicos.....	26
2.2.3 Metas.....	27
2.3 Metodologia.....	28
2.3.1 Ações (incluindo o detalhamento).....	28
2.3.2 Indicadores.....	44
2.3.3 Logística.....	50
2.3.4 Cronograma.....	53
3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO.....	56
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas.....	56
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.....	57
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção.....	58
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.....	59
4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	59
4.1 Resultados.....	59
4.2 Discussão.....	67

4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	69
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	72
5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM.....	75
BIBLIOGRAFIA.....	77
ANEXOS.....	78
Anexo A: Ficha espelho	
Anexo B: Planilha de coleta de dados	
Anexo C: Documento do Comitê de Ética	
Apêndices.....	81
Apêndice 1: Ofício enviado a Secretaria Municipal de Saúde	
Apêndice 2: Fotos da Intervenção	

RESUMO

COSTA, Filipe Henrique Alves da. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão e Diabetes na UBSF Dr. Vulpiano Cavalcante de Araújo, Natal/RN.** 2015. 88f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O aumento da população idosa em nosso país e a não adoção de hábitos de vida saudáveis por boa parte da população, vem aumentando os casos e prevalência de doenças como a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. O DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde. O presente trabalho teve como objetivo melhorar a cobertura e qualidade da assistência prestada aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBSF Dr. Vulpiano Cavalcanti De Araújo no bairro dos Guarapes, em Natal/ RN. Foi realizada uma intervenção por 12 semanas, no período de agosto a novembro de 2014, onde se buscou organizar o atendimento prestado a estes usuários, com a disponibilização de exames clínicos e laboratoriais, realização de estratificação de risco cardiovascular, orientações sobre atividade física regular, hábitos nutricionais, dentre outros. Todas as ações foram baseadas nas recomendações dos protocolos do Ministério da Saúde (MS), 2013. Também foram feitas parcerias com lideranças locais e solicitado apoio à gestão local, além de capacitações da equipe. Foi alcançada uma cobertura de 9% para os hipertensos e de 12,2% para os diabéticos, e todos os indicadores de qualidade, relacionados à adesão, registro, avaliação de risco e promoção à saúde, alcançaram 100%. A intervenção trouxe inúmeras mudanças significativas para a Unidade de Saúde, para o serviço, para a equipe e para a comunidade. Apesar de serem necessários avanços na cobertura do programa, os ganhos na qualidade da assistência prestada a estes usuários foram muito positivos.

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

APRESENTAÇÃO

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O Trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de usuários com hipertensão e diabetes da Unidade de Saúde Dr. Vulpiano Cavalcanti de Araújo, situada no bairro do Guarapes, na zona Oeste da cidade do Natal. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizado ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de março de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de fevereiro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) na qual trabalho fica localizada no bairro do Guarapes, situado na zona oeste do município de Natal e pertence ao distrito sanitário dois. A unidade possui três equipes de saúde da família completas, com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agente de saúde bucal, dentista, agente comunitário de saúde (ACS), além de arquivista, agentes de serviços gerais e uma central de administração. Fisicamente a unidade apresenta o mínimo para permitir um acesso fácil e atendimento adequado à população, sendo constituída por três consultórios médicos, sala de preventivo, sala de curativos, farmácia, sala de vacinação, copa, dois banheiros, sala de reuniões, sala da administração, sala de acolhimento e arquivo, porém faltam alguns insumos mínimos para garantir um atendimento integral aos usuários como, falta de água em alguns consultórios, em especial nos odontológicos; falta de transporte para visitas, sendo as mesmas realizadas em veículos próprios dos funcionários e, falta de guarda na unidade, o que gera insegurança tanto para os usuários como para os profissionais, visto que a unidade já foi alvo de atividades criminosas por mais de três vezes, a última há menos de um mês.

Sob a minha responsabilidade ficou a equipe dois, que possui uma população adstrita de aproximadamente 900 famílias e cerca de 3.000 mil pessoas, em uma região que se encontra longe da UBSF sendo alguns trechos de difícil acesso. A equipe é composta por um médico (eu), um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, um dentista, um agente de saúde bucal e quatro ACS.

O processo de trabalho na Unidade dar-se conforme a agenda programática para cada dia da semana, sendo os turnos de trabalho divididos entre manhã e tarde. Pela manhã ocorrem geralmente os atendimentos e nas sextas feiras reuniões entre cada equipe e na primeira sexta feira de cada mês a reunião da unidade. No turno da tarde ocorre com menor frequência os atendimentos, sendo o mesmo voltado mais para planejamento, reuniões, visitas e atividades educativas. Nas segundas e quintas feiras geralmente ocorrem os atendimentos de livre demanda. Na terça feira é o dia dedicado ao pré-natal e na quarta o dia de atendimentos as

crianças. Também ocorrem em datas pré agendadas atendimentos aos hipertensos e diabéticos, datas comemorativas e campanhas de vacinação. Na unidade são desenvolvidos os programas de saúde da criança, idoso, homem, mulher, pré-natal, puerpério, hipertensão, diabetes e saúde bucal. Como já explicado, só a saúde da criança e pré-natal possuem dias específicos, os demais ocorrem nos atendimentos de livre demanda, conforme a necessidade de cada usuário.

Ainda sobre o processo de trabalho, ficou estabelecido o número de 16 atendimentos por turno, sendo 12 agendados e quatro de livre demanda após realizado o acolhimento. Os médicos geralmente ficam responsáveis pelos atendimentos e dividem com os enfermeiros de suas equipes alguns tipos de consultas, como a de crescimento e desenvolvimento, puerpério, pré-natal e planejamento familiar, onde se alterna uma consulta com o médico e outra com o enfermeiro.

No tocante ao direito dos usuários e seus aspectos principais nos seus seis princípios essenciais, é constatado que a maioria dos mesmos são respeitados e garantidos de forma integral, universal e com equidade. Os direitos são: Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema, direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação, direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos, também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada e direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (Brasil, 2007).

Podemos verificar que a população da região em questão é de baixa escolaridade, nível sócio econômico e educacional, além do fato de estar localizada em uma área onde é comum o tráfico de drogas, tornando o lugar de alta periculosidade. Esses fatos às vezes dificultam o processo de promoção, prevenção e proteção de saúde além de muitas vezes tornar difícil o quinto princípio, onde o usuário é autor do seu tratamento. Não é incomum, usuários durante a consulta solicitarem vários tipos de exames e medicamentos (em especial de psicotróficos) sem indicação, ou pedidos de laudo e atestados. Quando os mesmos não são disponibilizados, em alguns casos, os funcionários ainda são ameaçados.

A baixa escolaridade também leva a um baixo engajamento público por parte da população, embora na unidade se desenvolva atividades de educação e

orientação de saúde, ainda são poucos os usuários que participam ativamente do processo de saúde, onde tal papel é desenvolvido praticamente pelos membros do conselho local de saúde, formado por dois usuários, um ACS e um profissional de nível superior, Este conselho tem um papel pouco ativo e, até o momento parece servir mais como um ponto de partida para discussões políticas do que da promoção das políticas de saúde pública, melhoria para a UBSF e das ações da estratégia de saúde da família na população. Porém, realidade contrária é vista por parte dos profissionais de saúde da UBSF, que buscam ativamente melhorar a aplicação das políticas de saúde pública, melhorar o serviço, desenvolver políticas de promoção e prevenção de saúde, além de procurar educar cada usuário mostrando aos mesmos seus direitos e deveres para que se tornem autores do processo de saúde e se engajem dessa forma.

Quanto ao relacionamento entre os profissionais da UBSF e usuários, pode-se dizer que no geral existe um relacionamento amistoso, onde se destaca o importante papel do ACS, que atua como um elo entre a comunidade e a UBSF. Este profissional conhece o perfil de cada usuário, dessa forma, existe uma cooperação e entendimento entre as necessidades do usuário e os serviços de saúde que podem ser ofertados a população, porém como já referido, a população possui um baixo nível socioeconômico, cultural e educacional, o que muitas vezes prejudica o acolhimento, atendimento e transmissão das informações quanto a sua saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Natal, capital do estado do Rio Grande do Norte está situada na zona da mata do estado, possui uma população estimada para 2014 de 862.044 (IBGE). A cidade possui um total 200 UBSF credenciadas no Ministério da Saúde (MS), sendo 114 cadastradas e 111 implantadas segundos dados oficiais da SMS, 2007. Possui 3 Núcleos de Apoio à Saúde da família (NASF), 2Centros de especialidades odontológicas (CEO), 2 Unidades de Pronto atendimento(UPAS) assim como, uma rede ampla e hierarquizada de atenção secundária e terciária. Também estão disponíveis exames complementares através de convênios com laboratórios privados e públicos.

De forma complementar, prestando serviço ao Sistema Único de Saúde(SUS) municipal, conta-se com 6 unidades filantrópicas e 47 unidades privadas contratadas, sendo estas distribuídas da seguinte forma: 36Clínica/ambulatório (2 estaduais, 1 federal, 3 filantrópicos, 9 municipal, 21 privados), 23 Hospitais (6 estaduais, 2 federais, 3 filantrópicos, 1 municipal, 11 privados), 18 serviços de apoio diagnóstico e terapêutica(SADT) (2 estaduais, 1 federal, 15 privados), Unidade de vigilância em saúde (1 municipal), unidade mista (2 municipais), serviço de atendimento móvel às urgências (1 municipal), policlínicas (5 municipais), posto de saúde (1 municipal).

A UBSF do Guarapes, denominada Dr. Vulpiano Cavalcanti de Araújo, está localizada na Zona Oeste da cidade de Natal e possui uma população adstrita de 7.362 usuários. A referida UBSF se situa em uma área mista, onde uma parte é urbana e outra rural. A mesma não possui vínculo com outras instituições de ensino, sendo o seu modelo de assistência a Estratégia de Saúde da Família (ESF). A Unidade é composta por 3 equipes de saúde da família, a 2, 3 e 6. As equipes 2 e 3 possuem 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 5 ACS, 1 dentista, 1 técnico de saúde bucal, enquanto que a equipe 6 só não possui os profissionais de saúde bucal.

Estruturalmente, a unidade apresenta o mínimo para permitir um acesso fácil e atendimento adequado à população. É constituída por três consultórios médicos, sala de preventivo, sala de curativos, farmácia, sala de vacinação, quatro banheiros (dois para funcionários e dois para usuários), sala da administração, sala de acolhimento, arquivo, expurgo, dois consultórios odontológicos, área específica para compressor, copa com cozinha, depósito para material de limpeza, sala de descontaminação, sala de esterilização e depósito para lixo comum. Porém, faltam alguns insumos básicos para garantir um atendimento integral aos usuários.

Dentre as deficiências, há falta de água em alguns consultórios, em especial nos odontológicos. Este fato acarreta a não observância da Política de saúde bucal. Há também a falta de transporte para visitas, onde as mesmas são realizadas em veículos próprios dos funcionários. Outro problema é ausência de um vigilante na unidade, o que gera insegurança tanto para os usuários como para os profissionais, uma vez que esta já foi alvo de atividades criminosas por mais de três vezes.

Vale salientar que, atualmente a unidade passa por uma reforma, que segundo consta no projeto é para deixá-la mais adequada possível ao que está

preconizado na norma regulamentadora. Foi interessante notar que até o presente momento me deparo com uma realidade de entusiasmo e cooperação por parte da equipe, onde cada membro procura debater, discutir, elaborar propostas e buscar soluções para os vários temas abordados, como por exemplo: os princípios trazidos na carta dos direitos dos usuários; se os espaços e serviços estavam inadequados ou faltavam na UBSF, e melhor, de que forma os espaços existentes poderiam ser melhor aproveitados.

As equipes são responsáveis pelo cadastramento, acolhimento, acompanhamento, atendimento, dispensação de medicamentos, imunização, visita domiciliar, desenvolvimento das políticas de saúde pública, educação em saúde, promoção em saúde, entre outros pontos.

Um ponto positivo é o reconhecimento da população quando o trabalho é bem feito, e isto ocorre pela maior parte dos usuários. Dentre os pontos que geram dificuldades, estão grande número de usuários agendados por dia, 16 por turno. Por conta disso, precisamos realizar a classificação de risco, o que gera grande insatisfação, devido ao desconhecimento das pessoas sobre essa atividade.

A população adstrita corresponde a 7.362 habitantes, sendo que, 107 são menores que 1 ano, 214 menores de 5 anos, 1277 entre 5 e 14 anos, 4738 de 15 a 59 anos e 797 com 60 anos ou mais. Essa população está dividida entre as três equipes de ESF, sendo a equipe 2 responsável por uma população de 914 famílias (3.045 usuários), equipe 3, 732 famílias (2.152 usuários) e a equipe 6, 678 famílias (2.165 usuários). Tal população encontra-se na média do valor estimado por equipe de saúde da família, que corresponde a 4.000 usuários por equipe não sendo necessário nenhuma adequação do trabalho para melhor abranger a população.

O processo de acolhimento se dá pela classificação de risco biológico, vulnerabilidade social e de acordo com a gravidade de cada caso. O processo ocorre na sala de recepção e é realizado por enfermeiros e ACS escalados para o dia (formando equipes diárias). Em média leva 15 minutos para que cada usuário seja acolhido e tenha a sua classificação de risco estabelecida, visto que o mesmo está disponível durante todos os turnos da unidade.

A livre demanda está disponível tanto para a população adstrita como para possíveis novos usuários não cadastrados, porém segue a classificação de risco. Na unidade foi protocolado que para cada médico, enfermeiro e dentista, diariamente, são destinadas quatro fichas para a demanda espontânea. Um número que parece

pouco, mas que se não fosse estabelecido, geraria sobrecarga na demanda diária, visto que diariamente a cada turno são agendadas 12 consultas, no caso dos médicos (segundo o Conselho Federal de Medicina, o tempo mínimo para cada consulta deve ser em média de 20 minutos).

Quando não é possível atender o usuário, o mesmo é encaminhado ou sugerido a procurar uma unidade de pronto atendimento ou um pronto socorro ou então retornar outro dia, mas tudo isso segundo a classificação e estratificação de risco. Os profissionais da unidade têm consciência que o número “fichas” é pequeno para a demanda espontânea, e que infelizmente não há como aumentar, visto que não há médicos, enfermeiros ou dentistas na unidade para atendimento específico desses casos. Porém, quando há um caso mais grave toda equipe se mobiliza para que o usuário seja atendido e tenha seu problema solucionado como, por exemplo, o caso de uma criança que apresentou um quadro convulsivo e necessitou de atendimento imediato

De forma previsível, são inúmeros os casos de insatisfação dos usuários quanto a esta limitação de atendimentos, porém vale salientar que muitas vezes há um desconhecimento da população entre a sua real condição de saúde ou risco social e a necessidade de uma consulta seja com o médico, enfermeiro ou dentista mesmo. Esta situação dificulta muito a parte de acolhimento e do atendimento da livre demanda, o que torna este ponto na UBSF crítico. Logo a educação continuada em saúde e engajamento dos usuários é a melhor alternativa para solucionar esse problema.

A saúde da criança na UBSF do Guarapes segue o protocolo do manual do ministério da saúde para a saúde da criança, no tocante ao número mínimo de consultas, aferição de medidas antropométricas, avaliação do desenvolvimento do binômio mãe-filho, orientações sobre aleitamento materno em suas diversas fases, imunização, suplementação de sulfato ferroso, orientações sobre acidentes, entre outros dados os quais são anotados tanto no caderno da criança como no prontuário sendo que o número estimado pelo CAP de crianças menores de um ano corresponde há 107, 214 menores de 5 anos, 1277 entre 5 e 14 anos.

Os profissionais de saúde conhecem bem o protocolo estabelecido pelo MS e o segue de forma correta. Os atendimentos com os médicos ocorrem durante todos os dias, exceto nas terças feiras, em consultas agendadas. Enquanto que as de enfermagem, na minha equipe, ocorrem na quinta de manhã. As consultas de

puericultura ocorrem ainda de forma alternada, com uma consulta médica e uma consulta de enfermagem, exceto em caso grave, onde é marcada uma consulta com o médico. As consultas com os dentistas ocorrem quando solicitado ou conforme o protocolo do MS.

Os únicos problemas encontrados restringem-se a questão de solicitação de exames laboratoriais e teste de triagem, que demoram ou são inexistentes, como no caso do teste da triagem auditiva que não existe e a demora da chegada do resultado do teste do pezinho.

A avaliação é de um excelente serviço de puericultura, visto que, é praticado o que está em vigor no manual do MS, bem como não existem atrasos nas consultas e as crianças têm acesso ao número adequado de atendimentos e acompanhamento do seu desenvolvimento. Os indicadores mostram que o serviço de puericultura é de boa qualidade, a cobertura é de 100%, de acordo com o caderno de ações programáticas (CAP), bem como a maioria dos indicadores de qualidade como por exemplo consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde 100%, teste do pezinho até sete dias 100%, Primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida entre outros.

Como já descrito anteriormente a melhoria do serviço de puericultura da UBSF em questão, depende mais da ação dos gestores, no tocante a facilitar e agilizar insumos materiais e o acesso a exames e testes, como o teste da orelhinha, triagem auditiva, teste do olhinho, teste do pezinho (agilizar o resultado). Dessa forma, poderemos desenvolver o serviço de puericultura de forma mais efetiva e com melhor qualidade para população já que os profissionais o executam de forma correta e precisa, porém nunca é demais por parte dos profissionais procurarem se atualizar cada vez mais.

Na UBSF do Guarapes as atividades de pré-natal e puerpério ocorrem em dias definidos e com os seguintes profissionais: médicos, enfermeiros e dentistas. Para os médicos e enfermeiros, esses atendimentos se alternam, a não ser que ocorra um agravo à saúde da mulher, sendo assim, é dada preferência a uma consulta com o médico. Os dentistas também só atendem quando há necessidade de consulta de saúde bucal.

Para os referidos programas, segue-se o que é protocolado pelo MS, como o número de consultas, anotação dos dados no cartão da gestante e na caderneta da

criança, suplementação com sulfato ferroso, informações sobre aleitamento materno, entre outras.

As consultas de pré-natal ocorrem com os médicos nas terças feiras durante o dia todo, enquanto que as de puerpério se desenvolvem segundo agendamento nos outros dias. Existem grupos de apoio para gestantes e mães. A cobertura deste programa é de 100% existindo um total de 110 gestantes cadastradas na unidade o que confere com a estimativa do CAP (110,43) , sendo os valores alcançado por quase todos os indicadores de qualidade também de 100% como por exemplo: Pré-natal iniciado no 1º Trimestre, solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo, exame ginecológico por trimestre, orientação para aleitamento exclusivo entre outros. As consultas de puerpério com os enfermeiros ocorrem na terça pela manhã. O puerpério também tem uma cobertura de 100%, e os indicadores de qualidade variam de 75 a 100%.

Para melhorar ainda mais o serviço de pré-natal e puerpério deve-se melhorar o engajamento e participação dos usuários no processo de cuidado, que em alguns casos desconhecem as datas das consulta e vacinas, por exemplo. Também deve-se melhorar as informações de educação em saúde repassadas no grupo de gestantes. No tocante aos profissionais, os mesmos poderiam se reciclar no sentido de se atualizarem ou revisarem, visto que os mesmos utilizam na rotina o preconizado pelo MS.

A prevenção do câncer (CA) de colo de útero e de mama na UBSF do Guarapes ocorre integrada à política nacional de atenção à saúde da mulher. Essas práticas ocorrem nas consultas de enfermagem e médicas, as consultas médicas são desenvolvidas em todos os turnos e seguem o protocolo do MS, exceto no tocante ao número de exames citopatológicos, exame clínico das mamas e mamografias, que possuem uma frequência anual (conforme as idades preconizadas pelo MS). É importante salientar que na unidade ocorre geralmente o rastreamento organizado, porém para algumas usuárias é oferecido o rastreamento oportunístico.

As consultas com a enfermagem que se destinam a prevenção do CA de colo de útero, basicamente constituem na coleta do citopatológico. Esta coleta ocorre na segunda pela manhã e segue as normas e técnicas sugeridas pelo MS e

de orientações sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da doença, enquanto que a prevenção ao CA de mama ocorre nos demais dias da semana, exceto nas quintas feiras, seguindo também o que é preconizado pelo MS. Nesta consultas são realizados o exame clínico das mamas, orientações sobre fatores de risco e sinais e sintomas de alerta, porém as mesmas servem mais como uma triagem para uma possível consulta médica ou orientar as usuários da necessidade da realização de exames ou da própria consulta médica com foco no referido problema.

Um fato que prejudica o desenvolvimento dessas ações é a baixa escolaridade da população, que mesmo informada sobre a necessidade de realização de exames, vacinação, orientações higienodietéticas, sobre Doenças sexualmente transmissíveis (DST), tabagismo, etilismo, obesidade, múltiplos parceiros, auto exame das mamas e exercício físicos, parecem desconhecer a sua importância e os negligenciam.

A cobertura da prevenção ao CA de colo de útero é de 81% (1500 mulheres num total de 1852) e a maior parte dos indicadores de qualidade está em 100%, o que denota que existe um domínio adequado da técnica de coleta do exame citopatológico e conhecimento por parte dos funcionários das normas preconizadas pelo MS. Porém existe uma deficiência no registro dos dados, visto que muitas mulheres só os possuem no seu prontuário clínico ou estes dados estão disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), logo faz-se necessário a criação de um registro especial e específico para o seguimento destas mulheres, o que permitiria o acesso mais fácil aos seus dados, bem como na tomada de decisões como, por exemplo, a necessidade de realização de exames periódicos ou de encaminhamentos em caso de citologia oncológica alterada.

Quanto à prevenção do CA de mama pode-se afirmar que existe uma boa cobertura também, visto que de um total de 553 mulheres 500 são acompanhadas na UBSF, o que gera um percentual de 90%, quase todos os indicadores de qualidade estão em 100%, dentre eles, avaliação de risco para o câncer de mama e orientação sobre prevenção.

Na UBSF dos Guarapes as ações voltadas aos hipertensos e diabéticos ocorrem na minha equipe, a dois, de segunda a quinta nos dois turnos. Para a prevenção e tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) é seguido o protocolo do MS, como no número de consultas, as quais

ocorrem com um período de três em três meses. As consultas ocorrem preferencialmente com os médicos, visto que as consultas com a enfermagem consistem no preparo para as consultas médicas, verificação da tomada correta da medicação e orientações no geral. Enquanto as consultas com os dentistas ocorrem quando há uma necessidade de avaliação da saúde bucal.

Entre as atividades desenvolvidas, está a estratificação de risco; informações sobre medidas de prevenção e tratamento; orientações sobre alimentação, hábitos saudáveis, práticas esportivas; grupos de hipertensos e diabéticos; solicitação de exames laboratoriais segundo o protocolo (hemograma, ureia, creatinina, proteinúria de 24 horas entre outros). Alguns exames não são realizados de rotina, como o exame de fundo de olho, devido à falta de oftalmoscópio. O indivíduo é encaminhado uma vez por ano ao oftalmologista. A referida situação também se estende aos usuários diabéticos, onde o exame do pé diabético ocorre apenas em duas consultas ao ano, bem como encaminhamento anual, em especial para usuários com DM tipo 2, para nefrologista e oftalmologista, a fim de avaliar possíveis complicações da doença. As informações dos atendimentos dos hipertensos são anotadas tanto nos prontuários clínicos como na ficha especial do usuário, o que facilita bastante o acompanhamento dos mesmos, porém o mesmo não ocorre com os diabéticos, faltando para tanto uma ficha especial de atendimento como também de anotação de informações sobre o pé diabético.

Um problema verificado é que em geral ocorre uma dificuldade no tratamento e acompanhamento desses usuários devido a sua baixa escolaridade e nível socioeconômico, uma vez que, isto impossibilita o seguimento de algumas orientações, principalmente no tocante à alimentação que é rica em sódio e carboidratos.

O número estimado pelo CAP de indivíduos acima de 20 anos com HAS é de 1526, porém segundo os dados informados pela UBSF o total de cadastrados é de 1300. Portanto, a cobertura seria de 85%, valor que considero muito bom. Os indicadores de qualidade estão todos em 100%, alguns deles são: realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico; exames complementares periódicos em dia 100%; orientação sobre prática de atividade física regular e para alimentação saudável 100%.

No tocante a atenção prestada aos hipertensos, pouca são as mudanças ou sugestões, pois como já descrito, os profissionais possuem o conhecimento e aplicam as técnicas adequadas recomendadas pelo MS. O que poderia ser melhorado é a disponibilidade de alguns equipamentos como oftalmoscópios, mais tensiômetros, agilidade de alguns exames ou de referência para especialistas, aumentar o número de grupos de hipertensos, bem como da participação da população tornando-a mais engajada.

Quanto aos diabéticos, o número estimado pelo CAP é de 436 usuários, quando na realidade o número de usuários com DM na unidade é de aproximadamente 600 usuários pelo SIAB, o que subestima o referido dado.

Embora o número de usuários estimados pelo CAP seja inferior ao da realidade, pode-se dizer que existe uma boa execução das ações, visto que todos os usuários (600) são cadastrados e acompanhados pela UBSF. Pelo cálculo fornecido pelo CAP, a cobertura seria de 92% e a maioria dos indicadores de qualidade chega a 100%.

Além das mesmas medidas adotadas para o problema em relação à HAS, um ponto chave para os diabéticos deve ser a criação de um formulário ou cartão onde possa ser anotados a glicemia, ficha de acompanhamento do pé diabético, além da compra de glicosímetros a fim de permitir um melhora no atendimento e acompanhamento destes usuários.

As ações relacionadas a saúde do idoso são desenvolvida segundo o que consta no protocolo do MS para esse grupo. Nas consultas são investigados sinais e sintomas de doenças degenerativas, são repassadas orientações sobre alimentação e atividades físicas, são investigadas o estado de saúde mental, “mobilidade” e debilidade, entre outros.

Segundo o número estimado no CAP, a população de pessoas acima de 60anosé de 797 usuários, porém existem cadastrados na UBSF 442 idosos, o que corresponde a uma cobertura de 55%, demonstrando um déficit no número de usuários atendidos. Os indicadores de qualidade demonstram que há uma qualidade razoável nos serviços prestados, a maioria apresenta 100%, como a realização de Avaliação Multidimensional Rápida, acompanhamento em dia e orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para atividade física regular.

Sem sombra de dúvidas o processo de trabalho poderia ser melhorado com a adoção do cartão do idoso, que permitiria o registro mais adequado dos dados,

bem como um melhor seguimento e acompanhamento dos usuários. Outro fato é que se deve intensificar a busca por usuários nessa faixa etária, em função do baixo indicador de cobertura, o que permite inferir que existe um grande número de idosos desassistidos. Vale salientar que, por parte dos profissionais há um bom conhecimento teórico e domínio sobre o assunto, porém isso não inviabiliza que se atualizem ou se especializem em temas referentes à área geriátrica.

Os melhores recursos que a UBSF oferece é o humano, pois como já descrito a equipe é bastante capacitada em vários aspectos, o que é verificado pelos excelentes índices de cobertura das ações programáticas. Assim, as principais dificuldades devem-se a falta de uma estrutura física mais adequada, falta de insumos e de uma população melhor esclarecida e engajada.

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

Durante a elaboração do Relatório, bem como nas reuniões para debater e aplicar os questionários, foram várias as reflexões feitas sobre o modelo de trabalho empregado e sobre questões relativas à estrutura e materiais disponíveis na UBS. Pudemos constatar que há um distanciamento entre o que é regido pelas normas e o que realmente acontece na prática, principalmente quando trata-se da questão do ambiente físico e insumos materiais.

A análise situacional me chamou a atenção para vários pontos quanto ao processo de trabalho e registro dos dados, questões que ainda não havia me dado na elaboração do texto inicial sobre a situação da Atenção Primária à Saúde (APS), mas uma questão que me impressionou bastante, é que deve-se educar continuamente a população afim de que a mesma seja autora do seu processo de cuidado e se torne mais engajada. É gratificante verificar que a UBSF do Guarapes possui um número adequado de equipes e profissionais para atender a sua população adstrita. Os mesmos ainda possuem um bom conhecimento teórico e prático sobre as normas do MS para os focos de intervenção. Os programas, de uma forma geral, possuem uma excelente cobertura e qualidade, exceto na atenção prestada ao idoso e na saúde bucal, nesta última devido a uma questão estrutural da unidade. No tocante a área física, com a realização mais detalhada da análise situacional, verifica-se que a UBSF possui uma estrutura mínima para atendimento

dos usuários, como disponibiliza insumos mínimos para a população, esta é uma das suas principais deficiências.

Ao desenvolver o relatório, vejo que muito do que foi escrito corrobora com a imagem já traçada no primeiro texto para o perfil da UBSF, onde os profissionais são qualificados, engajados, se baseiam nos protocolos, realização do acolhimento e promoção. Os problemas também se repetiram, sendo a falta de recursos materiais e de uma população mais engajada e esclarecida acerca dos seus direitos e deveres a real dificuldade da UBSF.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 Justificativa

As doenças crônicas degenerativas atingem uma grande parte da população e por não possuírem cura, causam deficiências progressivas, além do aumento da morbimortalidade dos usuários. Esses são os casos da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus. Na população brasileira, a prevalência da HAS varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Enquanto que a prevalência do DM na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011 (BRASIL, 2013). É estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). As duas doenças geralmente estão associadas, o que aumenta ainda mais a morbimortalidade dos usuários como complicações renais, oftalmológicas, cardiovasculares, neuropatias entre outras. Tal realidade não é uma constante em nosso país como mostra o estudo de Avaliação de Serviços de Atenção Básica à Saúde para Diabéticos e Hipertensos (SERVIDIAH), o qual foi realizado em 2010 no Estado de Pernambuco, Brasil. O mesmo foi constituído de uma amostra aleatória de 785 hipertensos e 823 diabéticos oriundos dos cadastros de 208 equipes da Estratégia Saúde da Família sorteadas em 35 municípios do estado. O estudo mostrou que melhorias devem ser buscadas

a fim de aprimorar a prevenção das complicações desses agravos, cuja incidência está crescente. Assim, em função de ser a causa de muitos danos aos portadores, além da possibilidade de prolongar a vida destes, desde que sejam tratados e acompanhados de forma adequada, é que esta ação programática foi escolhida como foco de intervenção, que apesar de apresentar uma boa cobertura e com alguns índices de qualidade atingindo 100%, pode-se aprimorar ainda mais este programa de forma a torná-lo modelo.

A estrutura física da unidade apresenta o mínimo para permitir um acesso fácil e atendimento adequado à população, a mesma está localizada no bairro do Guarapes situado na zona oeste do município de Natal pertencente ao distrito sanitário dois. Estruturalmente é constituída, por três consultórios médicos, sala de preventivo, sala de curativos, farmácia, sala de vacinação, quatro banheiros (dois para funcionários e dois para usuários), sala da administração, sala de acolhimento, arquivo, expurgo, dois consultórios odontológicos, área específica para compressor, copa com cozinha, depósito para material de limpeza, sala de descontaminação, sala de esterilização e depósito para lixo comum. A unidade possui insumos mínimos para o desenvolvimento dessas ações como o tensiômetro, medicações adequada na farmácia e acesso a exames laboratoriais de rotina, porém faltam alguns insumos, por exemplo, um glicosímetro, um cartão especial para o usuário portador de DM, monofilamento e diapasão para o teste de sensibilidade do pé diabético além do número adequado de alguns equipamentos. A unidade possui no total três equipes de saúde da família completas. Cada equipe é formada por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, cinco ACS, um dentista e um técnico de saúde bucal, além de arquivista, agentes de serviços gerais e uma central de administração. A unidade possui uma população total adstrita de 7.362 usuários onde os mesmos são divididos entre três equipes de estratégia da saúde da família que são respectivamente equipe 2,3 e 6. A equipe 2 a qual faço parte possui uma população adstrita de 914 famílias (3045 usuários), equipe 3, 732 famílias (2152 usuários) e equipe 6, 678 famílias (2165 usuários).

A população adstrita que possuem HAS e/ou DM corresponde, respectivamente, a 1300 e 436 usuários, destes, 85% dos hipertensos são cobertos e 100% dos diabéticos. Devido ao baixo nível sócio econômico cultural existem vários problemas que dificultam a adesão dos usuários ao tratamento o que

prejudica ainda mais o adequado desenvolvimento destas políticas de saúde pública, porém vale salientar que as equipes da referida unidade possuem um bom conhecimento teórico e prático quantos as ações a serem desenvolvidas, repassando informações sobre o tratamento adequado, alimentação, atividade física e fatores de risco.

Dessa forma, visando tornar essas políticas de saúde pública na UBSF como modelo, é que escolhemos este foco de intervenção. Uma facilidade de tal intervenção será o apoio da equipe, que como já descrita, é bem preparada para atuação nesta área, disposta a usar os protocolos, fluxogramas, cartões de HAS e DM e desenvolver atividades junto a comunidade como os grupos já existentes. As principais dificuldades com que nós deparamos é a falta de alguns insumos, como falta temporária de medicamentos nas farmácias, falta ou quantidade insuficiente de alguns equipamentos e a carência sócio econômico cultural da população adstrita. A intervenção permitirá a criação de protocolos mais elaborados, com fluxogramas mais objetivos e acompanhamento mais próximo com anotação em formulários específicos para cada doença, assim, será possível oferecer um serviço de saúde melhor, que permita uma melhoria na qualidade de vida da população, reduzindo a mortalidade e morbidade por HAS e DM.

2.2 OBJETIVOS E METAS

2.2.1 OBJETIVO GERAL

Melhorar a atenção em saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes da Unidade de Saúde da Família Dr. Vulpiano Cavalcanti de Araújo, município de Natal, RN.

2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos
- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos
- Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa
- Melhorar o registro das informações
- Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

2.2.3 METAS

Objetivo 1 - Cobertura

Meta 1.1: Cadastrar 92% 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 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2 - Qualidade

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 – Adesão

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 – Registro

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

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

Objetivo 5 – Avaliação de risco

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 – Promoção da saúde

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.

2.3 METODOLOGIA

2.3.1 Ações (incluindo o detalhamento)

OBJETIVO 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 92% 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 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Eixo Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento da Ação: serão utilizados os dados dos usuários cadastrados na UBSF no SIAB assim como os usuários cadastrados no hiperdia. Estes serão utilizados para monitorar o atendimento e assiduidade dos usuários as consultas programadas.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento da Ação: Serão abertos prontuários por família para cada usuário diagnosticado com HAS e ou DM onde serão anotadas as informações sobre seu real estado de saúde, terapêutica, comorbidades, estratificação de risco cardiovascular entre outros dados pertencentes ao usuário. Esses dados também servirão para ajudar no monitoramento do usuário quanto a assiduidade as consultas, possíveis busca ativas e controle de medicamentos na farmácia da unidade.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

Detalhamento da Ação: Os profissionais da UBSF serão capacitados na escuta de problemas, comorbidades e complicações inerentes a HAS e DM tendo como base nos manuais disponibilizados pelo MS.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: Será solicitada a Secretaria Municipal de Saúde a necessidade desses materiais na unidade bem como o seu abastecimento dentre estes materiais destacam-se panfletos, folhetos, cartões dos usuários com HAS e DM, folders, diapasão de 128 HZ, glicosímetros, lancetas para HGT entre outros. Dessa forma será possível melhorar a qualidade dos atendimentos prestados aos usuários.

Eixo Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: Serão formados grupos de usuários com HAS e/ou DM, bem como serão distribuídos panfletos, folders, jornais, revistas, utilizar a rádio comunitária entre outros meios para informar a população sobre a existência do programa.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

Detalhamento das Ações: Serão utilizadas as informações presentes no caderno de atenção básica de HAS e DM do MS para informe e repasse de informações a população durante as consultas clínicas e encontros com os usuários com HAS e DM. Também serão realizadas palestras pela população em geral afim de alertar possíveis usuários que venham a desenvolver essas patologias. Os ACS após treinamento adequado também funcionaram como agentes multiplicadores de conhecimentos e funcionarão como buscadores ativos de possíveis usuários que venham desenvolvendo sinais e sintomas dessas patologias.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da Ação: Os ACS serão capacitados em reuniões onde serão repassadas informações presentes no caderno de atenção básica de HAS e DM do MS para informe e repasse de informações a população onde os temas abordados serão sinais e sintomas de HAS e DM, comorbidades, fatores de risco e alimentação e atividade física.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135\80 mmHg

Detalhamento da Ação: Serão utilizadas as informações presentes no caderno de atenção básica de HAS e DM do MS para informe e repasse de informações a população bem como os ACS serão capacitados em seminários em aferir de forma adequada a PA de forma a facilitar e agilizar o processo de diagnóstico e de consulta clínica.

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

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

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

Eixo Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento da Ação: Revisar mensalmente o número de usuários cadastrados para avaliar o crescimento da cobertura bem como serão utilizados os dados constantes no prontuário, ficha espelho e cartões dos usuários com HAS e DM.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento da Ação: Os profissionais de saúde se dividiram segundo as suas atribuições no exame clínico dos usuários onde enfermeiros e técnicos ficarão responsáveis pela medida da PA, do HGT, pesagem, cálculo do IMC, ACS pelo acolhimento, médico pelo exame clínico e dentista pela orientação em saúde bucal.

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

Detalhamento da Ação: Os profissionais de saúde serão capacitados segundo suas competências vigentes no caderno de normas.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento da Ação: Os profissionais de saúde serão atualizados mensalmente através de informações retiradas de revistas, artigos científicos, livros

tidos como tratados e ainda informações que repercutam na mídia após serem avaliadas como válidas ou não.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: Será impresso o protocolo do MS de HAS e DM 2013 na unidade de saúde.

Eixo Engajamento Público

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

Detalhamento da Ação: Serão utilizadas as informações presentes no caderno de atenção básica de HAS e DM do MS para a realização adequada do exame clínico conforme o protocolo de 2013.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da Ação: Serão utilizadas as informações presentes no caderno de atenção básica de HAS e DM do MS para a realização adequada do exame clínico conforme o protocolo de 2013 onde o atendimento clínico propriamente dito ficará a cargo do profissional médico e o odontológico do dentista.

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.

Eixo Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento da Ação: Será utilizada a ficha espelho disponibilizada pela UFPEL bem como o prontuário do usuário para ter-se o controle dos usuários que se encontram com os exames clínicos em dia.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

Detalhamento da Ação: Será solicitada a SMS e aos gestores a garantia da realização desses exames onde será solicitado uma parceria com algum laboratório para que a unidade funcione como um posto de coleta afim de facilitar a realização desses exames.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento da Ação: Após revisão dos exames solicitados nos prontuários e fichas espelho os usuários serão buscados pelos ACS para realização dos mesmos ou informados de algum agravo caso esse seja o resultado de algum exame.

Eixo Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. / Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento da Ação: Serão utilizadas as informações presentes no caderno de atenção básica de HAS e DM do MS para a realização adequada do exame clínico conforme o protocolo de 2013 tais orientações também serão repassadas segundo a estratificação de risco cardiovascular quanto a periodicidade de realização de avaliação clínico laboratorial.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da Ação: Em reuniões serão repassadas as informações presentes no caderno de atenção básica de HAS e DM do MS para a realização adequada do exame clínico conforme o protocolo de 2013.

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

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

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento da Ação: Fiscalizar as farmácias populares onde os usuários mais costumem comprar seus medicamentos para que os mesmos não faltem. Isso se dará com base no prontuário dos usuários, ficha espelho e cartões dos usuários com HAS e DM.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento da Ação: Fiscalizar as farmácias populares onde os usuários mais costumem comprar seus medicamentos para que os mesmos não faltem. Isso será obtido através dos medicamentos comprados pelos usuários bem como se necessário da inspeção da ANVISA.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: Cada usuário terá os medicamentos e quantidade dos mesmos monitorados através do prontuário e cartão do usuário com HAS e ou DM, bem como a ficha espelho disponibilizada pela UFPEL.

Eixo Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento da Ação: Os usuários serão orientados nas consultas quanto aos seus direitos e deveres no tocante a sua medicação, sendo repassadas

informações de onde existem essas farmácias e de como poderão realizar o seu cadastro dando prioridade para que os mesmos se cadastrem na farmácia popular.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento da Ação: Serão utilizadas as informações contidas no caderno de atenção básica de HAS e DM do MS 2013 para realizar tal atualização as quais ocorrerão nas reuniões e treinamentos com as equipes.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento da Ação: Serão utilizadas as informações contidas no caderno de atenção básica de HAS e DM do MS 2013, além do informes obtidos através do programa da farmácia popular do governo federal.

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.

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

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento da Ação: Serão utilizados o prontuário, a ficha espelho disponibilizada pela UFPEL e o livro de atas médicas.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento da Ação: Os ACS ficaram responsáveis pela busca ativa após revisão da ficha espelho e do livro de cadastro e agenda dos usuários.

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

Detalhamento da Ação: Os usuários advindos de busca ativa serão atendidos em no máximo em uma semana provavelmente na data subsequente da próxima consulta.

Eixo Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento da Ação: Serão utilizadas as informações provenientes do caderno de atenção básica de HAS e DM 2013 do MS as quais serão repassadas durante o atendimento clínico.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento da Ação: Será criado um livro de atas sobre os assuntos mais relevantes e que criam dificuldades no tratamento e adequação ao estilo de vida saudável da população, quais temas são mais interessantes bem como busca ativa dos usuários faltosos.

Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento da Ação: Serão utilizadas as informações presentes no caderno de atenção básica de HAS e DM do MS para a realização adequada do exame clínico conforme o protocolo de 2013.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação: Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento da Ação: Serão utilizadas as informações presentes no caderno de atenção básica de HAS e DM do MS para a realização adequada do exame clínico conforme o protocolo de 2013, bem como, os seminários que serão ministrados aos mesmos a fim de que estes se tornem agentes multiplicadores de saúde.

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.

Eixo Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento da Ação: O monitoramento será feito através do prontuário, ficha espelho e cartão do usuário com HAS e ou DM.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento da Ação: AS informações serão atualizadas através do prontuário, ficha espelho e cartão do usuário com HAS e ou DM.

Ação: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

Detalhamento da Ação: Será utilizada a ficha espelho disponibilizada pela UFPEL.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento da Ação: Será distribuída conforme a atribuição de cada profissional na norma regulamentadora.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento da Ação: Os enfermeiros e ACS de cada área ficaram responsáveis pelos usuários de sua área adstrita bem como serão responsáveis por fazer a busca ativa e agendar a consulta com esses usuários no dia do hiperdia e caso não seja possível em um outro horário.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento da Ação: Serão utilizados as fichas espelho, o prontuário do usuário e os cartões dos usuários com HAS e ou DM como registro e ainda o livro de

atas médicas. Esse registro será revisado mensalmente pelo ACS do usuário adscrito e que se for o caso iniciará uma busca ativa do referido usuário.

Eixo Engajamento Público

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

Detalhamento da Ação: Os usuários serão informados sobre seus direitos e deveres e da importância dos mesmos em terem acesso às informações de suas situações clínicas. Esse processo ocorrerá durante as consultas e nos grupos de usuários HAS e ou DM.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.

Detalhamento da Ação: O treinamento ocorrerá durante as reuniões que acontecerão com as equipes.

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

Detalhamento da Ação: A capacitação ocorrerá durante as reuniões com as equipes.

OBJETIVO 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

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

Eixo Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento da Ação: Será utilizado o score de *framingham* para a realização da estratificação sendo o monitoramento feito através da ficha espelho e prontuário do usuário.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento da Ação: Após a estratificação os usuários com alto risco cardiovascular terão prioridade no seu atendimento e agendamento de consultas caso seja necessário.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da Ação: Os usuários terão suas consultas agendadas de três em três meses, porém usuários com alto risco cardiovascular e com maior número de comorbidades terão prioridade no agendamento e atendimento desde que seja necessário.

Eixo Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Ação: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento das Ações: Serão utilizadas as informações presentes no caderno de atenção básica de HAS e DM do MS para a realização adequada do exame clínico conforme o protocolo de 2013.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, no caso do diabetes, especialmente a avaliação dos pés. / Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. / Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento da Ação: Serão utilizadas as informações presentes no caderno de atenção básica de HAS e DM do MS para a realização adequada do exame clínico conforme o protocolo de 2013.

OBJETIVO 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Eixo Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento da Ação: Revisar mensalmente o número de usuários que receberam orientação nutricional através dos registros nos prontuários.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento da Ação: Serão utilizadas as informações presentes no caderno de atenção básica de HAS e DM do MS para a realização adequada do exame clínico conforme o protocolo de 2013. Será solicitada a SMS a presença de profissionais nutricionistas para possíveis palestras nos grupos de HAS e DM formados.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento da Ação: Será feita uma solicitação a direção da unidade e a SMS sobre a presença desse profissional.

Eixo Engajamento Público

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

Detalhamento da Ação: Serão utilizadas as informações presentes no caderno de atenção básica de HAS e DM do MS para a realização adequada do exame clínico conforme o protocolo de 2013 e de onde serão repassadas informações sobre aspectos nutricionais. Assim como possível serão realizadas palestras por nutricionistas sobre esse aspecto.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. / Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento da Ação: Serão utilizadas as informações presentes no caderno de atenção básica de HAS e DM do MS para a realização adequada do exame clínico conforme o protocolo de 2013 e repassadas informações nutricionais importante presentes nesses cadernos. Assim como, quando possível, serão realizadas palestras por nutricionistas sobre esse aspecto.

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

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

Eixo Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento da Ação: Revisar mensalmente o número de usuários que receberam orientação para atividade física através dos registros nos prontuários. Será solicitada a direção da unidade e a SMS a presença de um profissional de educação física para a realização de palestras e de grupos de atividades físicas regulares.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento da Ação: Será solicitada a SMS a presença de profissional de educação física para a realização de palestras sobre o assunto bem como a formação de grupos de atividades físicas.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento da Ação: Será solicitada a SMS a presença de um profissional de educação física.

Eixo Engajamento Público

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

Detalhamento da Ação: Será solicitada a SMS a presença de um profissional de educação física para a realização de palestras sobre o assunto bem como a formação de grupos de atividades físicas.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da Ação: Será solicitada a SMS a presença de um profissional de educação física para a realização de palestras e aulas a fim de capacitar a equipe.

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.

Eixo Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento da Ação: Revisar mensalmente o número de usuários que receberam orientação sobre riscos do tabagismo, através dos registros nos prontuários.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento da Ação: Será solicitada a SMS a compra dos referidos medicamentos bem como o encaminhamento para grupos e clínicas específicas para o tratamento do tabagismo.

Eixo Engajamento Público

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

Detalhamento da Ação: Essas informações serão repassadas durante as consultas bem como durante os grupos de usuários com HAS e DM.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas / Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento da Ação: Serão utilizadas as informações contidas no caderno de atenção básica 2013 do MS de HAS e DM.

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.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

Detalhamento da Ação: O dentista de cada equipe ficará responsável pela sua população adstrita e monitoramento da ação repassando informações sobre higiene bucal e quando necessário executar algum procedimento odontológico.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético.

Ação: Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

Ação: Demandar ao gestor oferta de consultas com dentista para esses usuários.

Detalhamento das Ações: O dentista de cada equipe ficará responsável pela sua população adstrita, sendo o responsável pela classificação de risco odontológico e quais usuários devem ser atendidos prioritariamente.

Eixo Engajamento Público

Ação: Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

Detalhamento da Ação: Será buscada parcerias com associação de moradores, igrejas, clubes de mães e ONGS para o reforço das ações de promoção e prevenção das políticas de saúde pública de HAS e DM.

Ação: Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Detalhamento da Ação: Será buscada parcerias com associação de moradores, igrejas, clubes de mães e ONGS.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético.

Detalhamento da Ação: Esse treinamento ficará a cargo do dentista de cada equipe e para a sua referida população adstrita.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 92% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

INDICADOR: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

INDICADOR: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

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

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

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

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

INDICADOR: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

INDICADOR: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

INDICADOR: 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

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

INDICADOR: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade

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

INDICADOR: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada;

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

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

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

INDICADOR: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

INDICADOR: 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: 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/ou diabéticos ao programa:

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

INDICADOR: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

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

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

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

INDICADOR: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações:

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

INDICADOR: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

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

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

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

INDICADOR: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

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

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

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

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

INDICADOR: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

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

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

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

INDICADOR: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos:

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

INDICADOR: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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 Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus vamos adotar os cadernos da atenção básica do Ministério da Saúde de 2013, que trata dos respectivos assuntos e que possuem os dois protocolos para o acompanhamento e tratamento das duas patologias em questão. Utilizaremos de forma complementar os cartões dos usuários com HAS e DM os quais constaram informações sobre as medidas das Pressões e glicemias, medicação e posologia, algumas informações de comorbidades, exames solicitados, data das consultas. As demais informações serão escritas no prontuário do usuário.

Cada usuário será avaliado trimestralmente pelo médico, segundo protocolo do MS (2013), com consulta médica onde ocorrerá a medida da pressão arterial (PA)

antes e durante a consulta, verificação de glicemia para os usuários com DM, repasse de informações e orientações gerais sobre fatores de risco de proteção, solicitação de rotina laboratorial, encaminhamento para alguma especialidade, exame clínico detalhado, conforme protocolo do MS 2013. Será solicitado a direção que sejam disponibilizados novos esfignomanômetro, glicosímetros, monofilamento, medicação adequada na farmácia da unidade entre outros insumos.

Será criado um registro que indique quais usuários estão faltosos ou com consultas atrasadas, bem como aqueles que apresentam alguma comorbidade ou estão com exames laboratoriais em atraso ou ainda que não estejam aderindo ao tratamento. Essas informações serão analisadas pelo médico e enfermeiro para o registro adequado na planilha de consolidação de dados e os usuários faltosos serão informados aos ACS, que irão informá-los da necessidade de uma nova consulta.

O atendimento se dará através da marcação da consulta no dia do atendimento aos hipertensos e diabéticos já estabelecido na Unidade caso o usuário seja “novo”, ou então em data pré-agendada na consulta anterior de forma que o mesmo seja acompanhado de forma longitudinal. Os mesmos serão atendidos inicialmente pela enfermeira ou técnica de enfermagem segundo suas atribuições para o início do atendimento como aferição de PA e glicemia por exemplo. Caso seja diagnosticado um caso novo o indivíduo será atendido em no máximo quinze dias e os casos de situações agudas serão atendidos nas fichas disponibilizadas para a demanda espontânea.

A capacitação dos profissionais que atuaram no projeto de intervenção se dará através da leitura do caderno de atenção básica de HAS e DM do MS, 2013. O período para estudo se estenderá até o fim da segunda Unidade desta especialização. Ocorrerão discussões a respeito do protocolo nas reuniões de equipes, as quais ocorrem toda sexta feira na unidade.

No tocante as ações de prevenção de agravos e promoção a saúde serão realizados grupos de hipertensos e diabéticos com a instrução de orientações alimentares e de hábitos saudáveis, como por exemplo, evitar o tabagismo. Também será solicitado a Secretaria Municipal de Saúde a presença de profissionais como nutricionistas e educadores físicos para o desenvolvimento de atividades

multidisciplinares e que possibilitem há adequação de hábitos saudáveis de vida. Entraremos também em contato com grupos como escolares, igrejas e associação de moradores para realizar essas ações de promoção e prevenção à saúde onde, além das orientações serão distribuídos recursos audiovisuais com informações a respeito das duas patologias.

Monitoramento da intervenção													
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas.

As doze semanas de intervenção na UBSF dos Guarapes ocorreram, na sua maioria, com alguma espécie de contra tempo seja por parte da demanda exigida, durante algumas semanas pela própria UBSF, esquecimento por parte dos ACS, mas principalmente devido a falta de apoio oferecido pelo distrito Sanitário Oeste e a Secretaria Municipal de Saúde.

A primeira dificuldade que tivemos foi a de fechar o dia dos atendimentos aos hipertensos e diabéticos, porém na terceira semana ficou definido que os mesmos ocorreriam nas quartas feiras. Tal problema gerou um pouco de confusão em alguns usuários, sobre qual seria a data correta para o seu atendimento, mas após estabelecido o dia de atendimento, essa questão foi sanada. Somente houve uma semana em que este foi deslocado para a quinta feira, devido as atividades do outubro rosa.

Outro entrave que tivemos no início foi como seria convocada a população com HAS e DM. Então, na segunda semana ficou definido que cada ACS convocaria 4 usuários e faria o preenchimento da parte cadastral da ficha espelho a fim de que se agilizasse o processo de trabalho.

Os atendimentos clínicos aconteceram sem grandes problemas e seguiram as recomendações dos protocolos do MS para HAS e DM. Para minha surpresa, foi grande a aceitação por parte dos usuários, que sentiam que estavam recebendo um cuidado maior, os quais em sua maioria sentia como se estivessem realizando um *checkup*. Porém os atendimentos clínicos tiveram sua qualidade prejudicada devido a falta de matérias que não foram enviados pela SMS, como o monofilamento de 10g, o melhor instrumento para avaliação dos pés diabéticos, visto que os mesmos só tiveram analisados suas percepções vibratórias e reflexo aquileu onde este último possui baixa sensibilidade para detectar neuropatias e sendo um dos últimos reflexos a se alterar no pé diabético.

Nos atendimentos por mim prestados, não observei um grande número de casos graves ou com grandes complicações, estando os mesmos com suas patologias bem controladas, sem lesão de órgãos alvos, sem comorbidades e sem alteração dos pés (usuários diabéticos). Todo atendimento clínico tinha como base o seguinte roteiro: anamnese, exame físico, solicitação de rotina laboratorial, preenchimento dos dados na ficha espelho e no prontuário e por fim renovação ou alteração da terapêutica. Durante os atendimentos também era explicada a condição do usuário, dadas explicações sobre alimentação, hábitos saudáveis de vida, exercícios físicos e os mesmos eram encaminhados ao dentista para receber orientações sobre saúde bucal, em especial os diabéticos, que por condições próprias são imunodeprimidos.

A capacitação dos ACS ocorreu quase sem nenhum problema, exceto pelo atraso em uma semana pela data prevista no cronograma. Eles receberam orientações sobre o que é HAS e DM, principais fatores de risco, comorbidades e técnicas de aferir PA e HGT, a fim de que os mesmos se tornassem mais independentes e pudessem eventualmente indicar algum possível usuário que estivesse com os valores fora do padrão aceitável. A capacitação foi finalizada na terceira semana.

Conseguimos formar o grupo de usuários com HAS e DM, o qual teve um total de três encontros, porém os dois últimos não seguiram o cronograma do projeto, devido às demandas da UBSF. Nesses encontros foram abordados os seguintes temas: o que é HAS e DM e como diagnosticar; fatores de risco para HAS e DM; comorbidades de HAS e DM.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.

Quanto às dificuldades encontradas para o desenvolvimento da intervenção, a mais importante foi quanto aos materiais solicitados a SMS, como o diapasão, glicosímetro, fitas para hemoglicoteste entre outros, e que não foram enviados, impossibilitando a realização de procedimentos importantes para o diabético. Alguns deles, eu mesmo comprei, porém não encontrei o monofilamento de 10g, o que pesou na qualidade da avaliação do pé diabético. Quanto a parte de material

educativo, os mesmos também não foram disponibilizados pela SMS, informações eram passadas em conversas durante as consultas ou durante o encontro com o grupo de hipertensos e diabéticos.

Outra ação que não pode ser realizada foi um seminário com uma nutricionista e com um educador físico, a fim de informar à população do papel primordial da alimentação e exercício físico no tratamento da HAS e DM. Porém devido ao descaso do distrito sanitário e da SMS os mesmos não foram possíveis de acontecer. No caso da palestra da nutricionista foi mais grave, uma vez que, os usuários foram convocados, a SMS tinha disponibilizado a profissional que no dia faltou e não deu nenhuma explicação até o momento.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção.

Com relação às dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores, só houve problema no início, quando não havia sido estabelecido o papel dos ACS no preenchimento da parte cadastral da ficha espelho. Porém, após isso ter sido estabelecido não houve grandes dificuldades, exceto pelo tempo dispendioso em se preencher os dados quer seja na ficha espelho quer seja na planilha da coleta de dados. Outro problema é que a própria planilha desconfigurou várias vezes e não fazia os cálculos dos indicadores, o que exigia retrabalho, porém foi um obstáculo que foi superado sem maiores problemas com a disponibilização de uma nova planilha pelo curso.

No que se refere à coleta de dados e sua sistematização, é algo bastante trabalhoso, e ainda há o descaso dos órgãos gestores em fornecer materiais e insumos. No período checagem de prontidão (Unidade 2), por exemplo, foi enviado uma ofício (apêndice 1) solicitando materiais e, até hoje não houve resposta, ou melhor o mesmo desapareceu do distrito sanitário e da SMS, pois

fui lá pessoalmente e não consegui encontrá-lo ou obter uma solução para o problema.

3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

Mesmo diante das dificuldades encontradas durante a intervenção, muitas das ações foram incorporadas à rotina da minha equipe, o que mostra que as ações são viáveis. Porém, para que estas atinjam uma maior cobertura, as outras 2 equipes também precisam aderir às atividades, estes profissionais precisam ser sensibilizados quanto à importância de se realizar tais ações. Outra questão, mais em longo prazo, seria a informatização do processo, visto que, as receitas poderiam estar “semiprontas” e o prontuário poderia ser eletrônico, o que reduziria o tempo gasto preenchendo o mesmo. O fator tempo foi um impeditivo para maiores cadastros.

Outro fato é que a gestão poderia dar maior suporte enviando insumos materiais, bem como recursos humanos, a fim de dar uma qualidade maior a assistência a saúde prestada, como por exemplo, a disponibilização de material educativo com informações sobre as doenças e de profissionais como o nutricionista, que poderia tentar individualizar a dieta de alguns usuários mais complexos e, de um educar físico, para que fosse formado grupo de atividade física.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

O projeto de intervenção teve como base a melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos da USF Dr. Vulpiano Cavalcanti de Araújo, em Natal/RN

Objetivo 1: Cobertura

Meta 1.1: Cadastrar 92% 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 100% 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.

Comentários: A área adstrita da USF possui 1300 hipertensos e 436 diabéticos cadastrados, o que perfaz cerca de 85% e 100% de cobertura, respectivamente, de acordo com os dados fornecidos pelo Caderno de Ações Programáticas. A meta inicial era de aumentar o número de usuários com HAS para 92% e diagnosticar algum novo caso de DM, mantendo os 100%. Ao longo da intervenção, foram atendidos 117 usuários hipertensos e 53 diabéticos. As metas alcançadas durante a Intervenção foram de 9% para a cobertura de hipertensos (figura 1), sendo que no primeiro mês foi de 45 e no segundo 7,2%, e de 12,2% (figura 2) para diabéticos, primeiro mês com 5% e segundo com 9,6%. Podemos perceber que este foi um valor muito aquém das metas, o que sugere que a cobertura encontrada previamente não condiz com a realidade, os dados não eram fidedignos.

O atendimento de um número maior de indivíduos não foi possível devido principalmente ao tempo de cada consulta, cerca de 30 minutos, o que limitou bastante o número de atendimentos. Outro problema que dificultou um atendimento maior do número de usuários, foi que em algumas semanas a USF tinha propostas específicas como campanhas de vacinação e o outubro rosa, por exemplo, porém foi notável a divisão de tarefas entre os membros da equipe onde cada qual desempenhava uma função de modo a facilitar o processo de acolhimento e atendimentos clínicos. Homenagem especial deve ser feita a atuação dos ACS os quais eram responsáveis por fazerem as buscas ativas e marcarem as consultas formando a agenda de atendimento deste grupo.

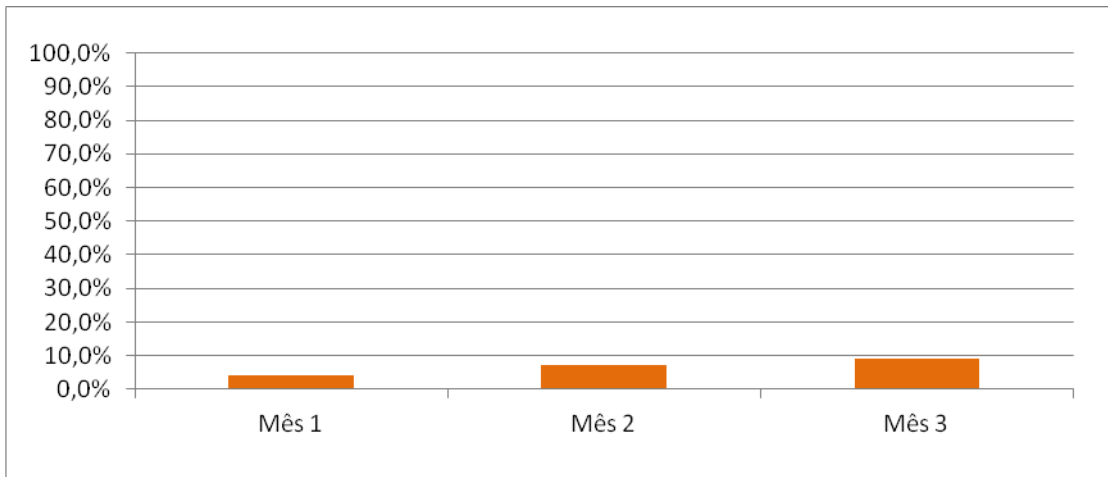


Figura 1: Gráfico indicativo da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2014.

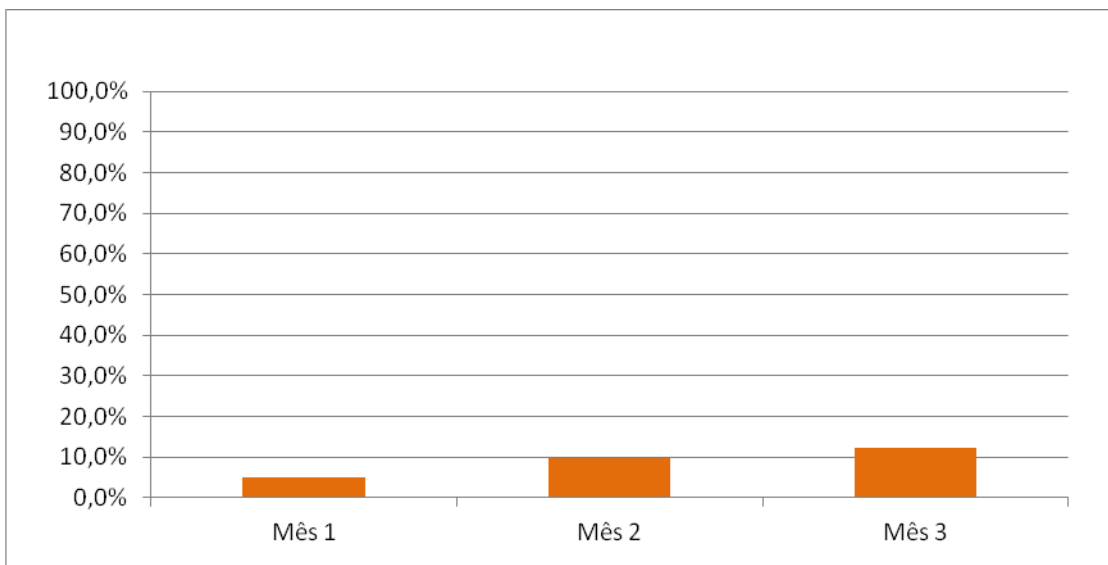


Figura 2: Gráfico indicativo da Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2014.

Objetivo 2: Qualidade

Quanto aos indicadores de qualidades todos atingiram a meta de 100% nos 3 meses de Intervenção, visto que não houve grande desafios para o repasse de informações, execução do exame clínico e educação em saúde.

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

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

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

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares 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.

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

Comentários: Tal resultado só foi possível graças ao protocolo presente nos Manuais do Ministério da Saúde, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (HAS e DM), 2013. Outro fator foi que o tempo dispensado para o atendimento clínico contribuiu e muito para melhorar a qualidade dos atendimentos. Esses resultados também só foram possíveis graças ao preenchimento dos dados nos prontuários dos usuários com HAS e DM, registro na ficha espelho, registro no livro de atas médicas, onde através da revisão sistemática mensal foi possível constatar se havia algum usuário com atraso no exame clínico ou laboratorial.

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.

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.

Esse resultado só foi possível graças a educação da população em fazer o cadastro na farmácia popular e na prescrição dos medicamentos dispensados pela mesma. Esse resultado baseou-se nas informações repassadas nas consultas clínicas onde informações de onde encontrar e como fazer o cadastros nessas farmácias. Também foi priorizado de acordo com as comorbidades de cada usuário a prescrição de medicamentos dispensados por essas farmácias.

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.

Comentários: Esse resultado só foi possível graças ao trabalho em conjunto com a dentista da equipe e informações que foram repassadas a mim sobre higiene bucal e que eram transmitidas aos usuários durante as consultas sendo que o atendimento com o dentista se dava quando havia alguma lesão, perda de elementos dentários ou cáries, por exemplo.

Objetivo 3: Adesão

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.

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.

Comentários: Quanto ao objetivo de adesão, também alcançamos 100% das metas nos 3 meses. Esse resultado só foi possível pelo registro no livro de consultas dos usuários faltosos e na busca no livro de registros dos diagnosticados com HAS e DM. Dessa forma estes registros permitiam que os ACS fossem acionados quando um usuário faltava e, realiza-se a busca ativa do mesmo.

Objetivo 4: Registro

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

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

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

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

Comentários: Foi possível manter 100% das fichas de acompanhamento de hipertensos e diabéticos cadastrados, o que só foi alcançado devido ao preenchimento adequado dos prontuários dos usuários, bem como da ficha espelho fornecida pela UFPel, o que facilitou muito nosso trabalho.

Objetivo 5: Avaliação de risco

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.

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.

Comentários: Para todos os hipertensos e diabéticos foi realizada estratificação de risco cardiovascular, o que foi possível graças ao protocolo de estratificação do risco cardiovascular presente no *score de Framingham*, facilitando a execução do mesmo, onde cuja ação foi priorizada nas consultas e realizadas exclusivamente pelo profissional médico.

Objetivo 6: Promoção da saúde

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 usuários hipertensos.

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

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.

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.

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.

Comentários: Todas as ações com vistas a alcançar as metas do objetivo sobre a promoção da saúde alcançaram 100% sendo estas sobre orientações sobre tabagismo, alimentação saudável ou prática de atividades físicas. Tais resultados foram obtidos graças ao protocolo presente nos Manuais do Ministério da Saúde, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (HAS e DM), 2013. As informações eram extraídas desses dois cadernos e repassadas aos usuários durante o atendimento clínico. Foram tentados seminários e encontros com profissionais que pudessem abordar o referido tema mais os mesmos não foram possíveis. Quanto as informações sobre saúde bucal as mesmas foram repassadas pela dentista da equipe ou por mim após ter sido instruído pela mesma como abordar e orientar sobre o referido tema.

Todos os indicadores de qualidade só atingiram a meta de 100% em todos os meses, devido ao planejamento prévio, treinamento adequado de cada profissional nos seminários ministrados como já explicitado, nos encontros com os usuários com HAS e DM e devido a uma equipe multidisciplinar, visto que os exames clínicos e rotina laboratorial eram realizados e solicitados com base nos protocolos do MS, 2013. A captação dos usuários, principalmente nas buscas ativas dos faltosos era realizada pelos ACS. Durante os exames clínicos, ainda eram realizadas a estratificação de risco cardiovascular com base no *score de Framingham*, anotação dos dados dos usuários na ficha espelho e prontuário, prescrição dos medicamentos constantes na farmácia popular para todos os usuários, orientações sobre hábitos saudáveis de vida como alimentação adequada, orientações sobre tabagismo, orientações sobre atividades físicas e orientações sobre higiene bucal quando não era possível a consulta com o dentista da equipe.

4.2 Discussão

A intervenção na UBSF Dr. Vulpiano Cavalcanti de Araújo, propiciou principalmente, a melhoria dos registros, da adesão dos usuários, ampliação das ações de promoção à saúde e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos grupos. Exceto as metas de cobertura, todas as outras tiveram um alcance de 100%, o que revela que houve mudanças significativas no atendimento a estes usuários. Tal resultado só foi possível graças à existência de uma equipe multidisciplinar e a capacitação realizada pelos membros da mesma, como por exemplo, a capacitação oferecida aos ACS e pelo odontólogo aos demais membros da equipe, bem como o diálogo constante entre os membros da equipe.

Para nossa equipe foi um grande desafio a ser enfrentado, mas que foi tomado com responsabilidade e como um obstáculo a ser vencido. Cada profissional tinha uma proposta ou ideia diferente, as quais foram analisadas e decididas em conjunto para melhor viabilizar o projeto de intervenção na unidade, assim, os resultados para nossa equipe foram satisfatórios. Cada profissional ficou responsável por uma parte do projeto, o médico (eu) pelo atendimento clínico e repasse das informações sobre alimentação, atividade física, e higiene bucal quando

não era a possível a consulta com o dentista da equipe; a enfermeira pela triagem dos casos mais graves e por coordenar os afazeres dos técnicos e ACS; os técnicos pela realização das medidas antropométricas e aferição de PA e HGT dos usuários e os ACS, após treinamento prévio, foram responsáveis pela convocação, marcação de consulta, preenchimento dos dados cadastrais na ficha cadastral e triagem de possíveis portadores das respectivas patologias.

Para o serviço foi possível constatar uma melhora na qualidade do acesso, realização de exames e seguimento desses usuários, visto que, antes da intervenção os exames laboratoriais não eram realizados na unidade e a partir do ano de 2014 passaram a ser. Com as ações, também foi possível notar uma diminuição da procura destes usuários a unidade por problemas agudos causados pelas suas respectivas patologias, como hiperglicemias, cefaléia, mal estar, náuseas, vômitos, parestesias entre outros, o que gerou uma maior organização do serviço, com maior disponibilidade de vagas para aqueles que mais precisavam.

A comunidade foi bem receptiva ao desenvolvimento da intervenção, embora só tenhamos como verificar isso com base nos depoimentos dos usuários atendidos. Foi bem satisfatória a recepção e o reconhecimento da população quanto ao serviço prestado conforme os protocolos estabelecidos pelo MS. Tal satisfação pode ser constatada, principalmente, durante os atendimentos clínicos, onde a maioria dos usuários se sentia plenamente atendidos com se estivessem realizando um *checkup*. A intervenção também trouxe novas informações para a comunidade sobre formas de combater e tratar as referidas patologias como, informações sobre alimentação, atividades esportivas, tabagismo, uso de medicação, complicações das patologias, sinais e sintomas da mesma (esses três últimos abordados em seminários administrados por mim).

Se fossemos iniciar a intervenção nesse exato momento reavaliaria o período de pré-*checkagem*, bem como o tempo disponibilizado para o treinamento dos demais membros da equipe, que deveriam ocorrer antes do início do período da intervenção. O entrave quanto ao não treinamento dos membros da equipe foi o que existia em certas semanas uma discordância entre o que era almejado pela especialização e a demanda da unidade, visto que, a mesma estava envolvida em campanhas ou tinha outras metas ou objetivos.

A intervenção é bastante viável de ser implantada no serviço da unidade, desde que cada equipe retire pelo menos um dia para realizar o atendimento a hipertensos e diabético com flexibilização dos horários. As melhorias previstas para serem implementadas seriam a elaboração de alguns indicadores não calculados pela planilha disponibilizada pelo curso, como o número de usuários com comorbidades ou complicações, número de usuários com pés diabéticos, número de usuários que necessitaram de apoio hospitalar, pois são alguns índices que são comuns, mas que não foram incorporados a rotina durante a intervenção.

As novas melhorias que poderiam ser efetuadas dependem basicamente dos órgãos gestores, visto que, se estes disponibilizassem os materiais e humanos que foram solicitados, o projeto teria ocorrido de uma forma mais efetiva e eficaz. Assim, não faltaria a realização de palestras e acompanhamento de alguns usuários com o nutricionista, o mesmo vale para o educadores físicos e também, que não haja falta de material didático para poder educar melhor a população. Dessa forma, os próximos passos incluem novas cobranças à gestão, para que possamos dar continuidade às ações de forma mais eficiente.

4.3 Relatório da intervenção para os Gestores

Ilmo. Secretário de Saúde do município de Natal,

Venho por meio deste, apresentar os resultados da Intervenção realizada na UBSF do Guararapes, também conhecida como Dr. Cipriano de Araújo, localizada na zona Oeste de Natal. Foram doze semanas de intervenção no programa de atenção aos Hipertensos e Diabéticos, iniciada em Agosto de 2014, a qual ocorreu na sua maioria com algum contra tempo, seja por parte da demanda exigida ou, principalmente, devido à falta de apoio oferecido pelo distrito Sanitário Oeste e a Secretaria Municipal de Saúde. Porém tivemos bons resultados, principalmente na melhoria da qualidade dos atendimentos prestados a este público.

A primeira dificuldade que tivemos foi a de definir o dia de atendimento aos hipertensos e diabéticos, porém na terceira semana ficou definido que o mesmo ocorreria nas quartas feiras. Outro entrave que tivemos no início foi de como seria

convocada a população com Hipertensão e Diabetes, até que na segunda semana ficou definido que cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) convocaria 4 usuários e faria o preenchimento da parte cadastral da ficha espelho afim de que se agiliza-se o processo de trabalho.

Os atendimentos clínicos aconteceram sem grandes problemas e seguiam as recomendações dos protocolos do Ministério da Saúde (MS). Para minha surpresa, foi grande a aceitação por parte dos usuários, que sentiam que estavam recebendo um cuidado maior, em sua maioria sentiam-se como se estivessem realizando um *checkup*, porém os atendimentos clínicos tiveram sua qualidade prejudicada devido a falta de materiais que não foram enviados pela SMS, como o monofilamento de 10g, melhor instrumento para avaliação dos pés diabéticos.

Todo atendimento clínico tinha como base o seguinte roteiro: anamnese, exame físico, solicitação de rotina laboratorial, preenchimento dos dados na ficha espelho e prontuário e por fim renovação ou alteração da terapêutica. Durante os atendimentos também era explicada a condição do usuário, eram dadas explicações sobre alimentação, hábitos saudáveis de vida, exercícios físicos e os mesmos eram encaminhados ao dentista para receber orientações sobre saúde bucal, em especial os usuários diabéticos, que por sua própria condição são imunodeprimidos.

Foi feito um treinamento com os ACS, os mesmos receberam capacitação sobre o que é Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, principais fatores de risco, comorbidades e técnicas de aferir Pressão Arterial e Hemoglicoteste, a fim de que se tornassem mais independentes e pudessem eventualmente indicar algum possível usuário que estivesse desenvolvendo essas doenças. Para tal capacitação foi utilizado a literatura dos Cadernos de Atenção Básica sobre Hipertensão e Diabetes do MS, 2013.

Quanto aos benefícios para a comunidade, formamos um grupo de usuários com HAS e DM, os quais tiveram um total de três encontros. Nesses encontros foram abordados os seguintes temas: o que é HAS e DM, como diagnosticar estas doenças, fatores de risco para HAS e DM e comorbidades. Também estava previsto um seminário com uma nutricionista e com um educador físico, com o intuito de informar a população o papel primordial da alimentação e exercício físico no

tratamento dessas doenças, porém devido ao descaso do distrito sanitário e da SMS os mesmos não foram possíveis, sendo que no caso da palestra da nutricionista foi mais grave, uma vez que, os usuários foram convocados, a SMS tinha disponibilizado a profissional, porém no dia a mesma faltou. Não houve nenhuma explicação para isso até o momento, foi uma situação muito constrangedora para nós diante dos usuários que compareceram.

Quanto às dificuldades encontradas para o desenvolvimento da intervenção, como dito, a mais importante foi quanto aos materiais solicitados a SMS, e que não foram enviados pela mesma. Eu mesmo tive que custear o material, porém não encontrei o monofilamento de 10g, o que pesou na qualidade da avaliação do pé diabético.

Para melhoria das ações e sua incorporação à rotina do serviço, mesmo com a finalização do curso, algo que facilitaria seria a informatização, visto que as receitas poderiam estar “semiprontas” e o prontuário poderia ser eletrônico, o que reduziria o tempo gasto preenchendo o mesmo, ficha espelho, a planilha da coleta de dados, além de permitir uma organização e coleta de dados melhor com o cruzamento de informações que extrapolam os indicadores somente calculados pela planilha de coleta de dados fornecidas pela UFPel (a que utilizamos durante as atividades). Essa é uma questão que poderia ser pensada pela SMS para melhorar os serviços de atenção básica do município.

Outro fato é que a gestão poderia dar um maior suporte à Unidade, enviando insumos materiais e profissionais, para que possamos oferecer uma qualidade maior na assistência a saúde, como por exemplo, a distribuição de panfletos com informações sobre as doenças nas consultas; consultas com nutricionista, que poderia inclusive tentar individualizar a dieta de alguns usuários mais complexos, e por fim a formação de um grupo de atividade física acompanhado por um educador físico.

Aproveito para expor alguns dados referentes ao nosso projeto de intervenção onde conseguimos uma cobertura de 9% para usuários com HAS e 12,5% em no total de uma população cadastrada no SIAB de 1300 e 436 usuários um número pequeno em virtude do tempo de cada consulta clínica demorar em

média trinta minutos, porém no que se refere aos indicadores de qualidade presentes nesse projeto todos os indicadores alcançaram o índice de 100% de qualidade dentre eles podemos citar do número de usuários com atendimento em dia cadastrados no projeto, 100% de usuários com exames laboratoriais e estratificação de risco cardiovascular, 100% de usuários diabéticos cadastrados no projeto com avaliação dos seus pés onde em muitos casos vários usuários nunca tinham tido seus pés avaliados, 100% de usuários com prescrição de medicamentos dispensados pela farmácia popular e da UBSF entre outros indicadores que ficam a disposição no projeto para vossa consulta.

Para finalizar, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos sobre o processo ocorrido e espero que possamos firmar uma parceria com a gestão para dar continuidade com as atividades, haja vista os resultados positivos gerados e a consciência que há muitos obstáculos a serem vencidos, por exemplo, o alcance de 100% da cobertura a hipertensos e diabéticos da área adstrita à unidade de saúde.

4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade

Caros usuários da UBSF Dr. Cipriano de Araújo e moradores do bairro Guarapes,

Venho através deste Relatório, apresentar a vocês os Resultados obtidos com a Intervenção realizada aos hipertensos e diabéticos da área. As ações começaram em agosto do ano de 2014 e duraram 12 semanas. Nosso maior objetivo foi realizar mudanças positivas no programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, melhorando a qualidade dos nossos atendimentos a esse grupo.

Como vocês puderam perceber, houve algumas mudanças na organização dos atendimentos na Unidade, e a nossa primeira dificuldade foi a de fechar o dia de atendimento ao grupo foco da intervenção, até que na terceira semana ficou definido que seria nas quartas feiras. Esse problema gerou um pouco de confusão em alguns usuários, sobre qual seria a data correta para o seu atendimento, mas já estabelecido o dia de atendimento, tal problema foi resolvido. Somente houve uma semana em que este foi deslocado para a quinta feira devido às atividades do

outubro rosa. Entendam que essas mudanças foram necessárias para que as melhorias acontecessem.

Outra questão que devem ter percebido, foi a convocação da população com Hipertensão e Diabetes, definimos que seria feita pelos agentes comunitários. Cada um convocaria 4 usuários e faria o preenchimento da parte do cadastro da ficha que usamos no atendimento, chamada ficha-espelho, para agilizar nas consultas. Todas aquelas informações que preenchíamos nas consultas tem sua importância no tratamento, está tudo baseado nos manuais, reforço isso, porque sei que muitas vezes não entendiam a demora, mas era em busca de prestar mais cuidado a vocês. Os agentes comunitários também foram treinados para aferir a pressão; medir a glicemia; repassar informações sobre o que é Hipertensão e Diabetes; os principais fatores de risco para estas doenças, como sedentarismo, má alimentação, ter casos na família; outras doenças associadas. Essa capacitação foi importante pois eles se tornaram mais independentes e assim, poderiam indicar algum possível usuário que estivesse desenvolvendo essas doenças.

Fiquei muito feliz e surpreso com a aceitação por parte de vocês, se sentiam recebendo um cuidado maior, como se estivessem realizando um *checkup*, porém os atendimentos clínicos tiveram sua qualidade prejudicada devido à falta de matérias que não foram enviados pela Secretaria de Saúde, como o monofilamento de 10g, o melhor instrumento para avaliação dos pés diabéticos. Muitos foram os meus esforços solicitando estes materiais à Secretaria, com o envio de ofícios, mas infelizmente não fui atendido. Inclusive alguns materiais eu mesmo paguei, pois o meu compromisso com a comunidade era maior. Outra situação que me agradou, foi o fato de nos atendimentos que fiz, não ter encontrado um grande número de casos de usuários graves ou com grandes complicações, a maioria estava com suas doenças bem controladas, o que indica que estão se cuidando mais e preocupados com a saúde.

Foi formado um grupo de usuários com hipertensão e diabetes, porém no primeiro encontro poucos compareceram, tiveram no máximo vinte usuários presentes, então gostaria de pedir a vocês, que quando forem convidados pelos profissionais compareçam mais, pois nestes encontros são passadas informações importantes para a saúde de vocês próprios. Ocorreu um total de três encontros, nos

mesmos foram abordados os seguintes temas: o que é Hipertensão e Diabetes, como saber que se estar doentes, fatores de risco e as doenças que estão associadas. Também estava previsto um seminário com um educador físico e uma nutricionista, e aproveitei para pedir desculpas a todos que compareceram, visto que devido a falta de apoio da gestão, esse encontro não foi possível de acontecer, além de fazer com que vocês fossem a unidade de saúde e nada acontecesse. Fico triste com este acontecimento e desinteresse da secretaria, pois até hoje não tivemos uma explicação sobre a falta da nutricionista.

Todos puderam observar as mudanças ocorridas na melhoria dos atendimentos, porém ainda existem pontos que podem melhorar, como o aumento da cobertura, pois nem todos usuários tiveram acesso, porque só a minha equipe realizou as atividades. Outra dificuldade foi quanto à falta dos materiais, como já citei, sendo necessário que também cobrem da gestão conosco, pois são essenciais para melhorar a qualidade do atendimento prestado. O tempo gasto nas consultas para preencher todas as informações nos prontuários e fichas de atendimento, também foi motivo de reclamação, mas que volto a insistir que é essencial para prestar um serviço de saúde de qualidade e completo para cada usuário individualmente. Isso também impediu que um número maior de pessoas fossem atendidas. Porém, isso pode ser melhorado quando os agentes comunitários passaram a ajudar neste preenchimento. Infelizmente não contamos com um sistema informatizado na Unidade, o que diminuiria muito o tempo preenchendo estes materiais.

Entendo que a gestão poderia ter dado um suporte maior, mas vocês também podem e devem colaborar para continuemos e melhoremos essas ações, desde o seguimento das recomendações dadas nas consultas para que a saúde melhore ainda mais e participação nos encontros na Unidade, até a cobrança conosco de um maior apoio da gestão e para que as outras equipes da Unidade também instituem essas atividades e outras todos possam usufruir das melhorias.

5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

A especialização me proporcionou colocar em prática os conhecimentos adquiridos na vida acadêmica, visto que foram inúmeros os casos de infecções das vias aéreas superiores (IVAS), parasitoses, diarreias, constipação, pré-natal, puerpério, crescimento e desenvolvimento, HAS, DM, imunizações entre outros. Mas os mais utilizados no dia a dia foram os de saúde coletiva, bem como aspolíticas públicas de saúde, dessa forma foi possível trabalhar mais de perto e burilar os princípios da universalidade, integralidade e equidade, além de por em prática algumas ações como o engajamento público, a atenção centrada no usuário, a longitudinalidade, entre outros aspectos. Foi bastante proveitoso ver que a medicina aprendida na academia deve se adaptar a realidade da comunidade e que o que aprendemos de fato existe e vai ter uma utilidade na nossa vida profissional.

Com relação à intervenção realizada, desde o início estava empolgado em colocar em prática os conhecimentos adquiridos ao longo do curso de medicina em especial os de saúde coletiva, porém ao iniciar o trabalho tivemos um entrave gigantesco que dificultou a execução do trabalho e sua qualidade, esse problema ocorreu devido a falta de apoio da gestão. Foi bastante interessante notar que a medicina acadêmica agora tinha que se voltar para os aspectos epidemiológicos, sociais e culturais da comunidade do Guarapes, o que ocorreu com certa naturalidade.

Interessante também foi a participação dos integrantes da equipe durante todas as etapas do projeto, discutindo o que seria melhor para a população, como as ações deveriam ser implementadas, como nós deveríamos nós programar para atender a demanda da população, entre vários outros aspectos. Fiquei bastante satisfeito com a receptividade da população quanto às atividades realizadas e isso era claro nos elogios, conversas, agradecimentos e desabafo dos usuários, que de certa forma se sentiam esquecidos ou abandonados, tendo em vista que suas consultas baseavam-se basicamente na pura renovação da receita. Agora os seus problemas estavam sendo investigados e assim eles se sentiam mais acolhidos. Todas essas transformações só foram possíveis através dos conhecimentos adquiridos no curso.

Foi interessante notar que essas pessoas também precisam de uma abordagem mais próxima do seu cotidiano, visto que a maioria é de baixo nível socioeconômico cultural, o que facilitava em muito o atendimento dos mesmos quando utilizava-se expressões e linguagem coloquial local. Porém devido a este mesmo fator, encontramos dificuldades em realizar algumas atividades, pois alguns usuários não seguiam nossas orientações. Outro grande problema foi a falta de apoio dos gestores, que não às nossas solicitações, o que prejudicou e muito a qualidade do serviço prestado.

Com relação à prática clínica, esta muito foi aperfeiçoada, foi bastante interessante ver que a prática clínica é que realmente qualifica o profissional e que esta não deve ser dissociada da realidade da localidade em que o profissional se encontra. Com a especialização aprendi a escutar melhor o usuário, não menosprezando alguns de seus sintomas; aprendi a ter maior paciência ao lidar com os usuários, visto que não foram poucos os casos de reclamações, principalmente no atendimento das IVAS, quando a criança não necessitava de nenhuma medicação e as mães queriam algum tipo de medicamento; aprendi também a negociar melhor com os usuários as suas condutas terapêuticas, uma vez que estão vão interferir nas suas vidas, e no caso de HAS e DM para toda vida; aprendi a lidar melhor com a dor, sofrimento e falta de esperança dos usuários. Também foi de fundamental importância o trabalho em equipe e multidisciplinar, algo que é difícil de ocorrer em alguns lugares, mas que no meu caso ocorreu de forma espontânea, o que permitiu que cada profissional contribuísse com seu conhecimento na tentativa de ajudar cada usuário que procurou o serviço. Esse fato serve para mostrar que as necessidades de um usuário só são plenamente atendidas quando se tem o comprometimento e apoio de uma equipe multidisciplinar.

Tudo isso serviu para mostrar que a medicina só tem valor se for feita pensando em melhorar a qualidade de vida e saúde das pessoas, e não ser só a medicina que está nos livros e protocolos, se não a mesma esvanece e torna-se vazia não atingindo o seu objetivo principal que é o de curar, quando possível, e aliviar a dor sempre.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde, caderno da atenção básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica, Brasília-DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, caderno da atenção básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus, Brasília-DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR_2011.pdf>. Acesso em: 30 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009**: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, 2010.

FERREIRA, Celma Lúcia Rocha Alves; FERREIRA, Márcia Gonçalves. Características epidemiológicas de usuários diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 53, n. 1,p. 80-86, 2009. Doi:<10.1590/S0004-27302009000100012>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

ANEXOS

12 Semana Coleta de dados - revisada [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Início Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11 Quebrar Texto Automaticamente Geral

Fonte Alinhamento Número Estilo

D18 54

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês									
dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	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?	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
166	163		0						
167	164		0						
168	165		0						
169	166		0						
170	167		0						
171	168		0						
172	169		0						
173	170		0						
174	171		0						
175	172		0						
176	173		0						
177	174		0						
178	175		0						
179	176		0						

Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Indicadores

Pronto

ANEXO C - DOCUMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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



APÊNDICES

APÊNDICE 1 – OFÍCIO ENVIADO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ao Sr. DR. Cipriano Maia de Vasconcelos

Secretario de Saúde do município de Natal.

Eu, Filipe Henrique Alves da Costa Venho, brasileiro, solteiro, médico participante do Programa de valorização da Atenção Básica (PROVAB) na Unidade Básica de Saúde da Família do Guarapes, inscrito no CPF sob nº 052.206.334-90, residente e domiciliado à alameda das mansões 3293 bairro latino bloco 3 apartamento 104, sirvo-me do presente para solicitar a Vossa Excelência alguns materiais com a finalidade de subsidiar a execução do projeto de intervenção inerente ao PROVAB, com vistas a melhoria da qualidade da atenção prestada à população adstrita da área abrangente da unidade.

O meu projeto tem como foco a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Para desenvolver tal projeto necessitarei de alguns insumos que serão aqui listados:

- 3 esfigmomanômetros digitais,
- 3 glicosímetros,
- 500 lancetas para HGT,
- 500 fitas para HGT,
- 3 diapasões,
- 500 monofilamentos de 10g,
- Material didático sobre HAS e DM bem como panfletos, cartazes, folders, cartilhas entre outros,
- 10 cadernos de atenção básica ao usuário com HAS e DM do Ministério da Saúde, 2013
- Necessidade da presença de um Educador Físico e de uma Nutricionista,

- Impressão de 2000 mil fichas espelhos que estão em anexo,
- Necessidade de 1500 cadernetas de usuários portadores de HAS e de 500 cadernetas de usuários portadores de DM.

Certo de vossa atenção vós agradeço desde já pelo material disponibilizado.

Natal, 6 de agosto de 2014

Filipe Henrique Alves da Costa

APÊNDICE 2 – FOTOS DA INTERVENÇÃO



Figura 3: Encontro com hipertensos e diabéticos na Unidade.



Figura 4: Capacitação dos Agentes comunitários de saúde quanto à aferição da pressão arterial.