

Universidade Aberta do SUS- UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 4



LUIZ REIS BARBOSA JÚNIOR

**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS
DA USF DRA. LENY PASSOS, EM COARI, AMAZONAS**

Pelotas, 2014

Luiz Reis Barbosa Júnior

**Melhoria da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF Dra.
Leny Passos, em Coari, Amazonas**

Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Valorização à Atenção Básica – PROVAB aprovado, como requisito parcial, para obtenção do certificado de Especialista em Saúde da Família, Universidade Federal de Pelotas – UFPeL.

Orientadora: Ethieli Rodrigues da Silveira

Pelotas, 2014

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

B238m Barbosa Júnior, Luiz Reis

Melhoria da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF Dra. Leny Passos, em Coari, Amazonas / Luiz Reis Barbosa Júnior; Ethieli Rodrigues da Silveira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

99 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Doença crônica 4.Diabetes mellitus 5.Hipertensão I. Silveira, Ethieli Rodrigues da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

DEDICATÓRIA

À minha querida mãe, Maria do Rosário Lima das Chagas, pelo amor, apoio e contribuição para minha formação acadêmica, pelo exemplo de vida, eu amo você.

À minha maravilhosa noiva, Mayara Monique, minha mais bela razão de e para existir. Que Deus nos abençoe cada vez mais e tenho certeza que a distância nesses 3 próximos anos só aumentará o nosso amor. Você é minha vida, amo você.

Aos meus amigos, irmãos que Deus me permitiu escolher, pela confiança em meu trabalho.

Dedico esse trabalho para minha orientadora e supervisora, para todos os meus pacientes e aos companheiros da equipe de saúde em que estivemos batalhando a cada dia por uma saúde melhor.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente e principalmente agradeço nosso querido Deus, por sempre me guiar pelo labirinto da vida e iluminar meu caminho, obrigado por ter ajudado a manter a fé nos momentos mais difíceis e permitir a realização de mais um sonho. Reconheço cada vez mais em todos os meus momentos que o Senhor é o maior mestre em nossas vidas.

Obrigado minha mãe querida e minha fonte maior de inspiração, por sempre me apoiar, sem a senhora não sou ninguém, obrigado pelo amor, carinho e dedicação que me fizeram mais forte, hoje sei que sou capaz de ir mais além quando eu quero, pois a senhora me fez acreditar nisso. A senhora é meu maior exemplo de humanidade, obrigado por ser doar à mim, por vezes renunciando aos seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus. Obrigado por sempre me mostrar o melhor caminho e incentivar em minha caminhada, sempre estando ao meu lado, me mostrando que o futuro é feito a partir da dedicação realizada no presente e incentivando-me sempre a buscar novos conhecimentos. Minha eterna gratidão vai além do que eu possa me expressar em palavras. A senhora tem o dom de ser mãe, que Deus nos abençoe sempre como família. Esta vitória é principalmente da senhora, tudo que eu faço é me espelhando em você.

Agradeço profundamente minha noiva Mayara Monique, pelo apoio, paciência, preocupação e zelo, mais uma batalha superada por nós, estamos sempre juntos em nossas caminhadas. Obrigado por ser minha maior amiga, companheira e confidente, eu amo você. Além deste trabalho, eu dedico todo o meu amor e carinho a você. Sou um cara de muita sorte por ter você ao meu lado, confesso.

Agradeço à minha família, base da minha vida, sinônimo de amor, compreensão e dedicação.

Agradeço aos meus dois grandes amigos que estiveram juntos comigo nesse ano no município de Coari. Meu amigo Thiago Andrade Ribeiro, também especializando e formando junto comigo nesse momento, obrigado por mais um ano

de sua companhia, agora em Coari; passamos por momentos difíceis juntos, mas só tenho a agradecer a Deus por nossa amizade, apoio, trabalhos e loucuras. E meu muito obrigado ao meu amigo Edson Andrade, por tudo que pudemos compartilhar nesse ano, nossa convivência, as alegrias, as frustrações, tudo que aprendemos juntos e por ser esse companheiro de marca maior, um verdadeiro irmão. Vocês fizeram esse ano mais feliz, tenham certeza disso, e contem comigo.

Minha grande amiga Sthefany Flor, não há sobrenome melhor para caracterizar você, é realmente uma linda pessoa, de coração bondoso e sempre tão prestativa, obrigado por me apoiar e por estar ao meu lado durante esta longa intervenção, compartilhando momentos de alegrias, tristezas, ansiedades e sempre me ajudando e aconselhando para o melhor em minha caminhada. Oro sempre por você e meu amigo Thiago, que Deus abençoe essa união.

Agradeço a todos os amigos de Coari da Unidade Básica de Saúde Leny Passos e os outros profissionais de saúde que mantive um vínculo maior, obrigado por me ouvirem e por toda ajuda que eu tive por parte de vocês, por partilharem ao longo deste ano minhas felicidades e tristezas, pela experiência que tive e que jamais esquecerei. Obrigado pela companhia e conselhos, por dividir comigo suas dúvidas, palavras, crenças, sorrisos e tristezas, que deixemos esses momentos ruins para trás e possamos seguir sempre em frente. Hoje concluo esse trabalho e cada um de vocês faz parte dessa história, essa vitória é nossa.

À minha querida professora Ethieli Rodrigues, obrigado pela dedicação e por ter compartilhado seu tempo e experiência para minha formação. A sua visão construtiva me ajudou a superar os desafios dessa intervenção e me manter sempre focado.

Agradeço minha supervisora Heliana Feijó, além de supervisora a considero uma grande amiga, obrigado pelo conhecimento repassado, profissionalismo e dedicação em nos ajudar nesse projeto, e que continue sendo esse exemplo de bondade, simplicidade e humildade que eu seguirei para o resto de minha vida. Agradeço por fazer dessa minha experiência algo inesquecível e por ter confiado em

mim desde o começo, sempre estando ali me orientando e dedicando parte do tempo a mim.

À UFPel pelo apoio e desenvolvimento deste trabalho, agradeço todo corpo de direção e administrativo pela oportunidade cedida e pelo empenho na área acadêmica, e fica aqui meu agradecimento aos professores formadores da banca examinadora pela presença e pelo apoio, meu agradecimento é mísero frente a tamanha competência de todos vocês.

Finalmente, agradeço a todos que me ajudaram direta ou indiretamente para o desenvolvimento desta intervenção e aos meus queridos pacientes, que participaram do projeto de intervenção ou não, nos reencontraremos em breve, se Deus quiser.

"Algumas pessoas marcam a nossa vida para sempre, umas porque nos vão ajudando na construção, outras porque nos apresentam projetos de sonho e outras ainda porque nos desafiam a construí-los. Quando damos conta, já é tarde para lhes agradecer."

*"A maior recompensa para o trabalho do homem não é o que ele ganha com isso,
mas o que ele se torna com isso"*

John Ruskin

*"Por que você sempre insiste em tomar o caminho mais difícil? E eu respondi: 'Por
que você supõe que eu vejo dois caminhos?' "*

Autor Desconhecido

LISTA DE FIGURAS

Figura 01.	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	70
Figura 02.	Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	70
Figura 03.	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	72
Figura 04.	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	72
Figura 05.	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	73
Figura 06.	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	74
Figura 07.	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	75
Figura 08.	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	75
Figura 09.	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	76
Figura 10.	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari,	76

AM. UFPeL / EAD, 2014

- Figura 11.** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014 77
- Figura 12.** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014 78
- Figura 13.** Proporção de hipertensos com avaliação odontológica na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014 79
- Figura 14.** Proporção de diabéticos com avaliação odontológica na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014 80
- Figura 15.** Proporção de hipertensos com avaliação odontológica na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014 81
- Figura 16.** Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014 82

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Cronograma do Projeto de Intervenção

63

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACD	Atendente de Consultório Dentário
ACE	Agente Comunitário de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AM	Amazonas
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CECON	Centro de Controle de Oncologia
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LACEN	Laboratório Central
MS	Ministério da Saúde

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UFPeL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
USF	Unidade de Saúde da Família
USG	Ultrassonografia

SUMÁRIO

Apresentação.....	17
1. Análise situacional.....	19
1.1Texto	
Inicial sobre a Situação da ESF.....	19
1.2Relat	
ório da Análise Situacional	20
1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional	26
2. Análise estratégica	28
2.1 Justificativa.....	28
2.2 Objetivos e metas	29
2.2.1 Objetivo Geral	29
2.2.2 Objetivos Específicos.....	29
2.2.3 Metas	29
2.3 Metodologia.....	32
2.3.1 Ações.....	32
2.3.2 Indicadores	55
2.3.3 Logística.....	60
2.3.4 Cronograma	63
3. Relatório da intervenção.....	64
3.1 Ações Previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente	64
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente	67

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relacionados à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo indicadores	67
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra	68
4. Avaliação da intervenção	69
4.1 Resultados	69
4.2 Discussão.....	83
4.3 Relatório da Intervenção para os gestores.....	86
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	88
5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	90
6. Bibliografia	93
Anexos	
Anexo A – Ficha espelho.....	95
Anexo B – Planilha de coleta de dados.....	96
Anexo C – Documento do comitê de ética.....	98
Apêndices	
Anexo A – Planilha de coleta de dados	99

RESUMO

BARBOSA JÚNIOR, Luiz Reis. **Melhoria da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da usf Dra. Leny Passos, em Coari, Amazonas.** 2014. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. UNASUS e Universidade Federal de Pelotas – UFPeL, Pelotas.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem o papel de prover a atenção básica para toda a comunidade de acordo com os princípios do SUS, dentre eles a integralidade, organizando o sistema como um todo, articulando a atenção básica com os demais níveis de assistência. Dentre as principais doenças crônico-degenerativas, destacam-se a hipertensão arterial e o diabetes mellitus. Deste modo, o objetivo dessa intervenção foi Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes, contribuindo assim para o fortalecimento das ações da ESF e para a promoção da saúde desses pacientes. Assim este projeto de intervenção foi realizado, buscando o acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos da unidade de saúde Leny Passos, bairro Itamarati, Coari / AM, afim de avaliarmos o seguimento dos pacientes e realizarmos melhorias nessa ação programática. Como resultados ampliamos a cobertura do atendimento aos hipertensos e diabéticos, qualificamos os atendimentos clínicos, aproximamos a comunidade da unidade de saúde e buscamos o engajamento público. O real motivo do início da intervenção foi o modelo precário adotado anteriormente na unidade supracitada, com pouco ou nenhum acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos. A importância do fortalecimento das ações e da equipe de saúde corresponde a uma das principais ferramentas para o controle e redução da morbimortalidade relacionada à hipertensão e ao diabetes. Ao longo da intervenção verificamos entre outros pontos uma melhora na adesão medicamentosa, do seguimento às consultas de retorno, da busca ativa realizada pelos profissionais da unidade de saúde e um melhor acolhimento com a população.

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

APRESENTAÇÃO

Atuando na atenção básica na unidade de saúde Leny Passos, em Coari, Amazonas, pude avaliar o que poderia ser feito para melhorar a qualidade da saúde em nosso território. Este Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas e Universidade Aberta do SUS é fruto do desenvolvimento de várias ações que permitiram uma readaptação do sistema empregado anteriormente e melhorando dessa forma o atendimento clínico dos pacientes.

Feito a proposta de reflexão sobre os requisitos importantes para o início da intervenção e visto a importância de cada participante, dentro da sua área de atuação, podemos então iniciar a intervenção em busca de nossas metas. A intervenção foi realizada na Unidade de Saúde Leny Passos, na cidade de Coari, Amazonas.

O foco da intervenção foi a atenção aos pacientes do hiperdia, os hipertensos e diabéticos, que representam um grande problema de saúde pública. A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus são hoje doenças crônicas comuns entre os brasileiros. Avaliando cada ação programática isoladamente, mesmo que as outras também tenham alguma deficiência, percebi que os pacientes do hiperdia praticamente não tinham acompanhamento, estavam com uma péssima qualidade no atendimento clínico e seguimento. Diante do número expressivo de pacientes com hipertensão e diabetes em nosso território e o elevado custo diante das possíveis complicações, a intervenção ficou assim bem embasada e poderíamos então fazer o nosso melhor e mudar a situação da saúde desses pacientes. Por isso, pretendeu-se, por meio desta intervenção, fazer uma reflexão acerca da importância de um programa de ações de educação em saúde para esta população, alertando para a gravidade da doença e suas consequências.

Fundamentei a proposta da intervenção em ações voltadas para a educação em saúde, visando basicamente promover mudanças no estilo de vida dos portadores de diabetes e hipertensão, estabelecendo ainda um vínculo com cada paciente. Pontuamos os fatores de risco associados ao desenvolvimento de ambas as patologias, com foco na prevenção de possíveis complicações ou mesmo do

surgimento de novos casos, e buscamos nas ações sugeridas pelo curso em relação à esses pacientes melhorar ao máximo nossos indicadores. Além disso, a formação de uma equipe multiprofissional, incluindo nutricionista, odontologista e educador físico, também traria melhores resultados na proposta de diminuir as comorbidades advindas do diabetes e da hipertensão.

O volume deste Trabalho de Conclusão de Curso está organizado em seis unidades, se iniciando pelo Relatório da Análise Situacional, que foi desenvolvido na Unidade 1 com o propósito apresentarmos o município e de avaliarmos a estrutura física da unidade de saúde em que trabalhamos e as dificuldades e facilidades encontradas no município de Coari. A segunda parte consiste na Análise Estratégia apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma. A terceira parte consta do Relatório da Intervenção, abordando as ações previstas no projeto que foram ou não desenvolvidas e se foram ou não cumpridas; e avaliando as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção e a possibilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço. A quarta seção apresenta uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade. A quinta e última seção consta a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e implementação da intervenção. Finalizando o volume deste TCC, temos, na seção seis, a bibliografia utilizada neste trabalho e, ao final, os anexos e apêndices que serviram como complemento para o projeto de intervenção.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto Inicial Sobre a Situação da ESF

1.1.1 Estrutura física

No momento estou alocado no município de Coari, localizado no interior do estado do Amazonas, região Norte do país. De acordo com estimativas do IBGE, o total de habitantes do município em 2012 era de 77.305. O município está localizado no rio Solimões entre o Lago de Mamiá e o Lago de Coari, e tem sua história ligada aos índios Catuxy, Jurimauas, Passés, Irijus, Jumas, Purus, Solimões, Uaiupis, Uamanis e Uaupés.

Atuo na UBS (unidade básica de saúde) Leny Passos, localizada no bairro Itamarati. A UBS foi recém reformada pela prefeitura atual, bem como todas as outras UBS da cidade, estando bem equipada e com a estrutura física totalmente nova.

A UBS possui dois consultórios médicos (um médico do PROVAB – programa de valorização da atenção básica- e outro médico do PSF –programa de saúde da família- local), 1 consultório de enfermagem, 1 sala de ACS (agente comunitário de saúde), 1 sala de curativo que é dividida com a microscopia, 1 sala de vacina, 1 sala de triagem, 1 sala de farmácia para entrega de medicações na própria unidade, além de uma copa, dois banheiros e 1 sala de depósito.

Quanto aos profissionais, contamos com 2 médicos, sendo um do PROVAB, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 1 dentista (no momento realizando apenas extrações dentárias e orientações gerais, pelo que vi estão faltando alguns equipamentos os quais já foram solicitados), 1 técnico em saúde bucal, 10 agentes comunitários de saúde, 5 profissionais atuando nos serviços gerais e 2 recepcionistas.

Nossa UBS é responsável pelo atendimento dos bairros Itamarati e Liberdade. O bairro do Itamarati possui 3.885 pessoas até então cadastradas e 5 microáreas. Já o bairro Liberdade é um bairro novo, praticamente uma invasão, cresce a cada dia o número de pessoas cadastradas que habitam nesse bairro,

possui 1348 cadastradas no momento e 4 microáreas. Ainda há outra microárea que divide os dois bairros. Estamos atendendo um total de 10 microáreas e 932 famílias. Contamos no município com o apoio do Hospital Regional (o único da cidade), CAPS (centro de apoio psicossocial) e uma policlínica para atendimento dos especialistas, cujas áreas presentes no município no momento são: ginecologia, pediatria, cirurgia geral, infectologia, intensivista (somente no hospital), ortopedia, reumatologia, psiquiatria, cardiologia, oftalmologia e urologia.

Quanto à rotina da unidade, realizamos o regime determinado de livre demanda diariamente, porém para ficar mais organizado, eu pessoalmente propus o agendamento do pré-natal e do hiperdia, sendo o pré-natal nas terças feiras e o programa hiperdia nas quintas feiras. E após o atendimento dos pacientes agendados continua-se o atendimento de livre demanda para não prejudicar os outros pacientes. As visitas domiciliares ocorrem duas vezes na semana pela parte da manhã.

Existem algumas pendências, como em qualquer local, mas estou bastante satisfeito, estou atuando em uma UBS muito bem estruturada, a gestão atual tem mostrado um grande empenho em relação ao município, principalmente no bloco da saúde, e, além disso, em minha UBS conto com uma equipe empenhada em desenvolver um ótimo trabalho na comunidade, desenvolvendo ações em conformidade com as diretrizes e princípios do SUS.

1.2 Relatório da análise situacional

Atuo como médico pelo Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica – PROVAB no município de Coari, no interior do estado do Amazonas, cujo número de habitantes pelo último censo do IBGE é de 77 305. O município apresenta 13 UBSs e dois hospitais locais, o Hospital Regional que atende a maior demanda e o Instituto de Medicina Tropical de Coari com a equipe da infectologia; há ainda apoio do CAPS, Laboratório Central, SOS e da Policlínica, sendo esta última responsável pela atenção especializada. O município apresenta vínculo com a Universidade Federal do Amazonas - UFAM, contando com a formação profissional local e com o apoio dos médicos residentes de Medicina da Família e Comunidade de Coari e graduandos de medicina da UFAM de Manaus que realizam o internato em Saúde da Família em Coari.

Estou alocado e cadastrado no CNES pelo Ministério da Saúde na UBS Leny Passos, atuando na área urbana local, localizada no bairro Itamarati, cujo modelo de atenção é ESF com uma equipe ampliada; há uma equipe de saúde bucal da modalidade 2.

Em relação aos profissionais presentes na unidade atualmente, estão atuando 2 médicos, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 1 odontologista, 1 técnico em saúde bucal, 10 agentes comunitários de saúde, 5 profissionais atuando nos serviços gerais, 2 profissionais que atuam na farmácia, 2 vacinadoras, 1 agente de endemias e 4 recepcionistas.

Nossa área adscrita engloba dois bairros, o bairro Itamarati e o bairro Liberdade. As UBS do município foram reformadas recentemente pela gestão atual, estando com a estrutura física nova. Na UBS atuam dois médicos (um médico do PROVAB e outro do PSF local), porém possui apenas 1 consultório médico, realizando-se o atendimento médico na sala dos ACS também; 1 consultório de enfermagem, 1 sala de ACS, 1 sala de curativo que é dividida com a microscopia, 1 sala de vacina, 1 sala de triagem, 1 sala de farmácia, 1 copa, 2 banheiros com suporte para portadores de necessidades especiais e 1 sala de depósito. Não possuímos sanitário nos consultórios nem sala de coleta de exames, o que facilitaria o acesso e retorno dos pacientes bem como melhoraria a qualidade do atendimento. Contamos com uma boa estrutura no geral, todas as UBS do município apresentam ar condicionado em todos os consultórios, mesas e cadeiras confortáveis para os profissionais e para os pacientes, TV e DVD na recepção para os pacientes, armários e pias novos.

No geral a equipe é consciente, comprometida e engajada com os seus deveres perante a comunidade. Realizamos semanalmente reuniões com a gerente da equipe, momento importante para avaliarmos nossas condutas e estratégias e definir o que é o melhor a ser feito para a comunidade. O envolvimento da equipe na elaboração dos métodos de trabalho é fundamental, é essencial manter a periodicidade das reuniões e à participação de todos para assim melhorar a qualidade do atendimento. Creio que podemos melhorar os cadastros dos pacientes realizados pelos ACS, temos um grande número de famílias não cadastradas, principalmente no bairro Liberdade. Outro ponto importante é a notificação de doenças que não estava sendo feito de maneira adequada, porém os profissionais

da UBS já estão orientados e avaliando o documento com as doenças de notificação compulsória do Ministério da Saúde.

O bairro Itamarati possui 3.885 pessoas cadastradas e 5 microáreas. Já o bairro Liberdade é um bairro novo e possui 1348 cadastradas e 4 microáreas. Ainda há outra microárea que divide os dois bairros. No total somos responsáveis por 6790 pessoas até então cadastradas, porém é importante salientar que de acordo com os dados do SIAB a nossa área possui aproximadamente 4000 habitantes, uma total discrepância em relação aos números reais, os quais serão atualizados pela SMS em breve.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica cada equipe de saúde da família é responsável por no máximo 4.000 habitantes, sendo uma média de 3.000; já pelo Departamento de Atenção Básica é uma equipe para cada 3.000 a 4.500 pessoas ou 1.000 famílias. A nova portaria do Ministério da Saúde diz que o ideal é um ACS para no máximo 750 pessoas, nós contamos com 10 ACS para quase 7.000 (aproximadamente 1 ACS para 700 habitantes), o que nos enquadra dentro dos padrões ideais nesse caso, mas se observamos os padrões propostos em relação à equipe como um todo nossa área abrange um número excessivo de habitantes, pois são quase 7.000 para apenas 1 ESF. Apesar disso, o atendimento está fluindo com qualidade, pois contamos com dois médicos na nossa UBS, o que nos permite um fluxo adequado de pacientes.

Quanto à rotina da unidade, realizamos o regime de livre demanda diariamente em todos os turnos. Procuramos adotar dias específicos para o atendimento de determinados grupos, como o pré-natal e o hiperdia, sendo o pré-natal nas terças feiras e o hiperdia nas quintas feiras. Após o atendimento dos pacientes agendados continua-se o atendimento de livre demanda até o fechamento do turno. Realizamos as visitas domiciliares duas vezes na semana (quarta-feira e sexta-feira) pela parte da manhã, com um total de 5 visitas para cada médico por dia, porém esse número está bem abaixo da realidade, geralmente dobra-se o número de visitas durante a manhã, totalizando mais de 40 visitas por semana.

Não limitamos atendimento na unidade, negar atendimento é um total despropósito. É importante saber lidar com a demanda espontânea e orientar os pacientes sempre que possível através de nosso bom senso, alguns pacientes chegam em horários próximos ao fechamento do turno e nesses casos devem ser orientados para evitar o excesso de pacientes e prejudicar a qualidade do

atendimento. Obviamente existem os casos de urgência ou emergência e temos como dever atender a todos com atenção e respeito. No geral não lidamos com excesso de pacientes com frequência, o atendimento flui de forma adequada, mantendo a qualidade do atendimento e não focando na quantidade em si.

O acolhimento é realizado por toda a equipe, desde a recepção até o término da consulta, nas visitas domiciliares diárias com os ACS, em todos os locais da UBS. A equipe está entrosada ao cotidiano da nossa comunidade, atendendo prontamente as necessidades e pedidos dos usuários. Pessoalmente defino o acolhimento como uma avaliação do paciente como um todo, analisando o paciente em todos os sentidos, cultural, físico-mental, religioso, socioeconômico; enfim, buscando atender e ajudar o paciente da melhor possível, o acolhimento é algo que deve estar atrelado a cada profissional de saúde.

A puericultura é realizada diariamente, tanto pelos médicos como pela enfermeira e o agendamento do retorno quando não realizado pelo profissional durante a consulta é feito na própria recepção. Desenvolvemos as principais ações para o cuidado às crianças na unidade, seguindo os protocolos adotados pelo Ministério da Saúde, com o diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral e de saúde mental, contando ainda com o apoio do CAPS para casos mais complexos; programa de imunizações; promoção do aleitamento materno e alimentação saudável; orientações e cuidados com a higiene bucal, com o apoio da equipe da odontologia, a qual realiza a aplicação de flúor nos domicílios e realiza as consultas diariamente; orientações gerais por parte dos agentes comunitários de saúde durante as visitas domiciliares e preenchimento e acompanhamento da caderneta da criança.

O programa pré-natal é bem organizado na UBS, a enfermeira mantém um livro de atualizações dos atendimentos e todas as gestantes recebem o cartão do pré-natal para o acompanhamento adequado. O atendimento médico pré-natal ocorre nas terças feiras nos dois turnos e o atendimento pré-natal com a enfermeira é realizado na quarta-feira em apenas um turno, com os retornos marcados no final da consulta revezando a consulta entre a enfermeira e o médico, seguindo o protocolo de atendimento do Ministério da Saúde. Durante a consulta pré-natal as pacientes são orientadas sobre a prática de exercício físico, alimentação, aleitamento materno exclusivo, prática sexual, imunização, suplementação, número de consultas, uso de medicações seguras na gestação, orientação para

acompanhamento odontológico, sanando as dúvidas da gestante e visualizando e preenchendo o cartão do pré-natal. O pré-natal de baixo risco é conduzido na própria UBS, encaminhando os de alto risco para a policlínica do município, contando com o apoio do ginecologista e obstetra do local. Temos apoio do Hospital Regional para urgências e emergências e atendimento no pré-parto quando necessário.

Os exames do pré-natal são solicitados de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. A maioria dos exames do pré-natal está presente gratuitamente no município, com exceção das sorologias para toxoplasmose, rubéola e citomegalovírus (estas duas últimas não obrigatórias no pré-natal), disponíveis apenas na rede particular de Coari. Obtivemos melhorias em relação aos critérios de solicitação de exames por parte dos profissionais de saúde da unidade, seguindo a risca o protocolo do Ministério da Saúde. Há negligência por parte de algumas gestantes, um grande número de gestantes não vai para as consultas agendadas, é importante atuar com uma busca ativa frequente e programas educativos voltados para a importância do pré-natal na comunidade.

O município de Coari apresenta o programa do Ministério da Saúde SISCOLO desde 2009, sabe-se da importância do combate ao câncer de colo de útero em nossa região, visto sua alta prevalência na região Norte. Porém quanto ao SISMAMA o mesmo não se encontra presente no município, com previsão de início esse ano de acordo com a SMS; e também não possuímos mamógrafo, atuamos com o exame clínico das mamas e a USG, o que não é o indicado. Contamos com o apoio do CECON na capital do Amazonas e referência em toda região Norte para os casos de neoplasia. A prefeitura cede ajuda de custo para os pacientes que irão à Manaus realizar as consultas e tratamento e após contamos com a contrarreferência em nossa UBS. O município atualmente contratou a equipe de fisioterapia para dar suporte em casos selecionados durante as consultas domiciliares.

Houve um importante atraso em relação aos resultados dos exames colpocitológicos realizados em anos anteriores durante a gestão passada. Durante o ano de 2013 os exames foram coletados após a reestruturação das UBS, o que dificultou a realização de ações voltadas para a prevenção com qualidade. Estamos no aguardo dos resultados dos exames de preventivo que foram coletados esse ano. Em todo momento procuramos orientamos as pacientes sobre DST e outros fatores de risco para o câncer de colo e focamos na prevenção primária com o controle dos

fatores de risco do câncer de mama, orientando as pacientes da faixa etária prevista para a realização da mamografia sempre que possível. Devemos melhorar a qualidade das informações e orientações gerais dadas pelos nossos profissionais da equipe, focar na realização de busca ativa das pacientes omissas e universalização do acesso ao rastreamento, sendo interessante elevar o número de dias de coleta do preventivo. O combate à DST através de palestras é importante e um tempo menor para o recebimento dos resultados dos exames seria de grande ajuda e ajudaria a elevar o número das ações de rastreamento em pessoas saudáveis ou mesmo o diagnóstico precoce.

O programa hiperdia é realizado às quintas-feiras em nossa UBS, com medida da glicemia e aferição da pressão arterial, orientações quanto à alimentação e exercício físico, abordagem multidimensional com a equipe de odontologia, realização de exames complementares, análise de fatores de risco para possíveis complicações, avaliação de risco cardiovascular, renovação de receita e avaliação da dosagem e adesão do tratamento, exame físico dos pés com palpação dos pulsos e avaliação da sensibilidade nos diabéticos, orientação quanto à polifarmácia, oftalmoscopia e consulta de retorno para acompanhamento, com boa adesão ao programa por parte dos pacientes cadastrados.

Quanto aos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados, estamos bem abaixo do previsto para nossa população, creio haver um número maior de pacientes. É importante focar nas medidas preventivas em ambas as doenças, melhorar o cadastramento em nossa área e avaliar se o diagnóstico está sendo realizado de forma correta para evitar o subcadastro. Alguns folders já estão na unidade para melhor explicação em relação às doenças para os pacientes e mesmo os profissionais da UBS.

As consultas dos pacientes idosos são realizadas tanto pelos médicos quanto pela enfermeira e pelo odontologista em casos específicos, orientamos a todos os idosos sobre os hábitos alimentares saudáveis, prática de exercício físico, uso correto e boa adesão às medicações utilizadas, qualidade do sono, polifarmácia e reavaliação constante dos medicamentos para uma melhor adesão, avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa, sexualidade, imunização, retorno para manter o acompanhamento com pelo menos 3 consultas por ano, segurança em casa para prevenção de quedas e fraturas. Não possuímos o estatuto do idoso e a caderneta de saúde da pessoa idosa, sendo essa um instrumento essencial para o

planejamento criterioso e organização de ações preventivas e de promoção à saúde do idoso. A abordagem domiciliar também é importante na saúde do idoso, seria interessante aumentar o número de visitas domiciliares, pois há um grande número de pacientes negligentes ou que não possuem condições de se deslocar ao posto de saúde.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório aprimorado

Observa-se que apesar do pouco tempo de implantação das UBS já temos alguns pontos positivos visualizados, dentre eles na saúde bucal, por exemplo, programa no qual houve grande melhoria tanto por parte dos profissionais da equipe da UBS no geral, aumentando-se o vínculo da equipe odontológica com as ações programadas realizadas pela equipe médica, bem como os equipamentos e procedimentos realizados pela equipe de odontologia.

Mantemos o atendimento dos dois bairros previamente supracitados, porém estamos trabalhando fortemente no cadastro das pessoas, já que através de um cadastramento adequado poderemos realizar ações para a comunidade tanto preventivas quanto em relação ao diagnóstico e tratamento das patologias mais comuns. Em relação à nossa rede municipal de saúde, a prefeitura possui convênio com o LACEN – Laboratório Central localizado no bairro Urucu, CAPS, policlínica, além do apoio do Hospital Regional e Hospital Tropical, este último direcionado apenas para as doenças infecciosas. O NASF infelizmente ainda não havia sido implantado por falta de alguns profissionais, porém o NASF do tipo II está para ter início de acordo com informações cedidas pela Secretaria Municipal de Saúde. As ações de prevenção já estão ocorrendo através das palestras e campanhas realizadas de acordo com o calendário da SMS local, ocorrendo em todas as unidades de saúde do município, como exemplo atual há a campanha dos 10 minutos contra a dengue, onde todos os profissionais de saúde participam diariamente, cada qual de acordo com o seu cronograma na UBS.

Avaliando qualitativamente o cuidado médico e da saúde em geral, de acordo com o ilustre autor Avedis Donabedian, que publica ao longo dos últimos anos trabalhos para a literatura médica sobre a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, creio que os três componentes propostos para avaliação estão bem direcionados. As UBS do município de Coari possuem uma boa estrutura física, com os recursos e insumos atualmente satisfazendo tanto a população no geral quanto os profissionais presentes na atenção básica, conseqüentemente realiza-se um trabalho com qualidade para a comunidade. O processo de atenção à saúde, outro

componente do modelo Donabedian, está totalmente interligado à estrutura, através da utilização dos recursos presentes no município conseguimos ser resolutivos, elevando a competência dos profissionais de saúde no tratamento dos problemas de saúde da comunidade. Observa-se que a população no geral está bem satisfeita com o quadro da saúde no município no momento, o qual vem apresentando ótimos resultados com o modelo atual.

É importante revermos a nossa busca ativa em relação aos principais grupos populacionais, a qual deve ser constante, e há que melhorar e muito esse quesito, para mantermos uma boa cobertura em todo nosso território e podermos assim realizar ações de prevenção em cima dos problemas encontrados; e focarmos na prevenção primária, a qual é o nosso carro chefe da atenção básica, atuando nos fatores protetores e prevenindo os fatores de risco desde sempre. É importante manter uma visão inovadora sempre e buscar melhorar o nosso ambiente de trabalho em prol da comunidade como um todo, creio que estamos dando um passo importante a cada dia, unindo os conhecimentos adquiridos com a Especialização em Saúde da Família com a experiência prática na unidade, levando para a comunidade uma atenção básica de qualidade.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 Justificativa

A Saúde da Família tem o papel de prover a atenção básica para toda a comunidade de acordo com os princípios do SUS, dentre eles a integralidade, organizando o sistema como um todo, articulando a atenção básica com os demais níveis de assistência. Juntamente com a ampliação do conceito de saúde, o perfil epidemiológico brasileiro também vem sofrendo modificações (OMS, 2005), com crescente incidência das doenças crônico-degenerativas, típicas do processo demográfico de envelhecimento e urbanização (BRASIL, 2006). Dentre as principais doenças crônico-degenerativas, destacam-se a hipertensão arterial e o diabetes mellitus (MS, 2006), que em nosso país representam importantes problemas de saúde pública, pois são a primeira causa de mortalidade no Brasil (OPAS, 2010).

Decidi realizar tal intervenção ao reconhecer a importância da atenção básica na abordagem desses agravos, e através do modelo de atenção programática denominado HIPERDIA, desenvolver ações contínuas em prol desse paciente, onde o cuidado ofertado deve ir além do binômio queixa-conduta, de modo que permita identificar portadores assintomáticos, monitorar o tratamento, estabelecer vínculos entre equipe de saúde-pacientes-cuidadores e realizar educação em saúde, incorporando a realidade social dos pacientes a esse processo. A prevenção é trabalhada por meio de acompanhamento de todos os pacientes hipertensos e diabéticos, com grupos educativos que abordam temas como mudança de estilo de vida, orientações nutricionais, adesão dos medicamentos utilizados, rastreio e prevenção/tratamento das complicações crônicas da doença, além de trabalhar com essas ações para reduzir os gastos com medicamentos usados na rede de saúde para o tratamento de complicações

É importante aumentarmos a cobertura da população e qualidade do atendimento, focando no cadastramento adequado dos pacientes, o qual não estava sendo realizado dentro do esperado. O cadastramento inadequado é um dos principais problemas encontrados e pretendemos aperfeiçoar e realizar o cadastro

de toda nossa área. A equipe no geral está engajada e pronta para o desafio proposto, objetivando melhorias na prevenção primária e melhorando os déficits encontrados previamente.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

2.2.2 Objetivos específicos

- objetivo 1: ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos
- objetivo 2: melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa
- objetivo 3: melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde
- objetivo 4: melhorar o registro das informações
- objetivo 5: mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular
- objetivo 6: promoção da saúde

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos

METAS:

- 1 - Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde
- 2 - Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa**METAS:**

- 3 - Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada
- 4 - Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde**METAS:**

- 5 - Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos
- 6 - Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos
- 7 - Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo
- 8 - Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo
- 9 - Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

- 10 - Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

METAS:

- 11 - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde
- 12 - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Relativas ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

METAS:

- 13 - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde
- 14 - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Relativas ao objetivo 6: Promoção da saúde

METAS:

- 15 - Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos
- 16 - Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes diabéticos

- 17 - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos
- 18 - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos
- 19 - Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos
- 20 - Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos
- 21 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos
- 22 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

OBJETIVO: AMPLIAR A COBERTURA AOS HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS

META:

- 1 - cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Para ampliar a cobertura da atenção à hipertensos e/ou diabéticos, buscando a meta de cadastramento de 80% dos hipertensos da área, no eixo de monitoramento e avaliação, será avaliado o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, através de melhora da busca ativa para inclusão de novos pacientes, com aumento da cobertura e registro dos pacientes em livro de cadastro específico. O monitoramento será realizado semanalmente pela enfermeira da unidade de saúde avaliando os cadastros realizados pelos ACS; os ACS realização busca ativa dos

pacientes faltosos no dia seguinte à consulta em que esteve ausente, agendando o paciente hipertenso para uma próxima consulta de acordo com a sua conveniência; mensalmente as informações coletadas pelas enfermeiras serão colocadas em livro específico e repassadas para a SMS para cadastro oficial; solicitarei junto à gestão mapa de nosso território para aproximarmos ao máximo dos 100% de cadastramento da área, facilitando assim a busca ativa e inclusão de novos pacientes.

No eixo de organização e gestão do serviço, será garantido o registro dos hipertensos cadastrados no programa, através do livro de registro específico para o grupo de pacientes em foco; será garantido o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial na unidade de saúde, mantendo controle dos materiais através do livro específico avaliado pela gerente da unidade e avaliação mensal dos aparelhos; deve-se melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de hipertensão arterial por parte de toda a equipe.

No eixo engajamento público serão fornecidas informações para a comunidade sobre a existência do Programa de atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e informações sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente; além disso, a comunidade será orientada quanto à importância do rastreamento para a DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Na qualificação da prática clínica, será realizada capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde; bem como capacitação da equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa com uso adequado do manguito. A capacitação da equipe ocorre na própria unidade de saúde através da leitura dos Cadernos de Atenção Básica referentes à Hipertensão arterial (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2012) e de palestras realizadas na unidade de saúde e no auditório do município.

META:

- 2 - cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Para ampliar a cobertura da atenção à hipertensos e/ou diabéticos, buscando a meta de cadastramento de 80% dos diabéticos da área, no eixo de monitoramento e avaliação, será avaliado o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, através de melhora da busca ativa para inclusão de novos pacientes, com aumento da cobertura e registro dos pacientes em livro de cadastro específico. O monitoramento será realizado semanalmente pela enfermeira da unidade de saúde avaliando os cadastros realizados pelos ACS.

No eixo de organização e gestão do serviço, será garantido o registro dos diabéticos cadastrados no programa, através do livro de registro específico; será garantido o material adequado para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Manteremos o controle dos materiais através do livro específico avaliado pela gerente da unidade e avaliação mensal dos aparelhos; o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes será realizado por toda a equipe da unidade.

No eixo engajamento público serão fornecidas informações para a comunidade sobre a existência do Programa de atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e informações sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente; além disso, a comunidade será orientada quanto à importância do rastreamento para a DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Na qualificação da prática clínica, será realizada capacitação dos ACS para o cadastramento dos diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde; bem como capacitação da equipe para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm Hg. A capacitação da equipe ocorre na própria unidade de saúde através da leitura dos Cadernos de Atenção Básica referentes ao Diabetes Mellitus (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2012) e de palestras realizadas na unidade de saúde e no auditório do município.

OBJETIVO: MELHORAR A ADESÃO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO AO PROGRAMA

META:

- 3 - buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Para melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa implantando, visando a meta de buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, no eixo de monitoramento e avaliação, será avaliada a monitorização do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). A monitorização será realizada através da busca ativa dos pacientes faltosos, mantendo registro das consultas de retorno em livro específico. Será realizada avaliação do livro específico semanalmente e sumário dos pacientes faltosos de acordo com a busca ativa dos pacientes, realizando o agendamento da próxima consulta de acordo com o paciente, mantendo as consultas em dia previstas no protocolo do MS.

No eixo de organização e gestão do serviço, serão organizadas visitas domiciliares para buscar os faltosos e manteremos organizada a agenda para acolhimento dos hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

No eixo engajamento público serão fornecidas informações para a comunidade sobre a importância de realização das consultas, bem como será esclarecido aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Além disso a comunidade será ouvida sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão arterial (se houver número excessivo de faltosos), abrindo as portas da UBS para esclarecimentos e orientações.

Na qualificação da prática clínica, será realizado treinamento dos ACS para a orientação dos hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, bem como haverá treinamento da equipe da UBS para diagnosticar adequadamente e orientar quanto ao início ao programa após o diagnóstico realizado corretamente.

META:

- 4 - buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Para melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa implantando, visando a meta de buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, no eixo de monitoramento e avaliação, será avaliada a monitorização do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). A monitorização será realizada através da busca ativa dos pacientes faltosos, mantendo registro das consultas de retorno em livro específico.

No eixo de organização e gestão do serviço, serão organizadas visitas domiciliares para buscar os faltosos e manteremos organizada a agenda para acolhimento dos diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

No eixo engajamento público serão fornecidas informações para a comunidade sobre a importância de realização das consultas, bem como será esclarecido aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Além disso a comunidade será ouvida sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes mellitus (se houver número excessivo de faltosos).

Na qualificação da prática clínica, será realizado treinamento dos ACS para a orientação dos diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, bem como haverá treinamento da equipe da UBS para diagnosticar adequadamente e orientar quanto ao início ao programa após o diagnóstico realizado.

OBJETIVO: MELHORAR A QUALIDADE DO ATENDIMENTO AO PACIENTE HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO REALIZADO NA UNIDADE DE SAÚDE

META:

5 - realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

Para melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, buscando a meta de realização de exame clínico apropriado em 100 % dos hipertensos, no eixo de monitoramento e avaliação, será avaliada a monitorização da realização de exame clínico apropriado dos

pacientes hipertensos, realizando exame físico adequado e minucioso com preenchimento correto no prontuário do paciente.

No eixo de organização e gestão do serviço, serão definidas atribuições para cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos, bem como será organizada a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, utilizando como guia o Caderno de Atenção Básica sobre Hipertensão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Além disso, será estabelecida periodicidade para atualização dos profissionais e estará disponível versão atualizada do protocolo supracitado impressa na unidade de saúde.

No eixo engajamento público os pacientes e a comunidade serão orientados 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.

Na qualificação da prática clínica, haverá capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado nos pacientes hipertensos. Tal capacitação ocorrerá através de leitura e palestras referentes ao Caderno de Atenção Básica sobre Hipertensão Arterial na unidade de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

META:

6 - realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos

Para melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, buscando a meta de realização de exame clínico apropriado em 100 % dos diabéticos, no eixo de monitoramento e avaliação, será avaliada a monitorização da realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos, realizando exame físico adequado e minucioso com preenchimento correto no prontuário do paciente.

No eixo de organização e gestão do serviço, serão definidas atribuições para cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos, bem como será organizada a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, utilizando como guia o Caderno de Atenção Básica sobre Diabetes Mellitus (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Além disso, será estabelecida

periodicidade para atualização dos profissionais e estará disponível versão atualizada do protocolo supracitado impressa na unidade de saúde.

No eixo engajamento público os pacientes e a comunidade serão orientados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Na qualificação da prática clínica, haverá capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado nos pacientes diabéticos. Tal capacitação ocorrerá através de leitura e palestras referentes ao Caderno de Atenção Básica sobre Diabetes Mellitus na unidade de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

META:

- 7 - garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Para melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, buscando a meta de garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no eixo de monitoramento e avaliação, será realizada a monitorização do número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e do número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, realizando o monitoramento dos exames laboratoriais descritos no prontuário a cada consulta.

No eixo de organização e gestão do serviço, será garantido a solicitação dos exames complementares, além de que iremos garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames do protocolo, através de solicitação direta à Secretária Municipal de Saúde e abordagem ao secretário de saúde sobre o tema. Além disso, serão estabelecidos sistemas de alerta dos exames complementares preconizados, solicitados para a SMS local para melhor controle laboratorial.

No eixo engajamento público os pacientes e a comunidade serão orientados quanto a necessidade de realização de exames complementares e quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, focando nas orientações citadas através do contato com os moradores da comunidade nas visitas

domiciliares realizadas semanalmente pelo médico e enfermeira e diariamente pelos ACS, além de realização de palestras nas escolas próximas à UBS, visando atingir o maior público possível.

Na qualificação da prática clínica, haverá capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, através de palestras sobre o tema abordado na própria unidade e leitura do Caderno de Atenção Básica sobre a Hipertensão Arterial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

META:

- 8 - garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Para melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, buscando a meta de garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no eixo de monitoramento e avaliação, será realizada a monitorização do número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e do número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, realizando o monitoramento dos exames laboratoriais descritos no prontuário a cada consulta realizada pelo profissional responsável.

No eixo de organização e gestão do serviço, será garantido a solicitação dos exames complementares, além de que iremos garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames do protocolo, através de solicitação direta à Secretária Municipal de Saúde e abordagem ao secretário de saúde sobre o tema. Além disso, serão estabelecidos sistemas de alerta dos exames complementares preconizados, solicitados para a SMS local para melhor controle laboratorial dos pacientes diabéticos.

No eixo engajamento público os pacientes e a comunidade serão orientados quanto a necessidade de realização de exames complementares e quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, focando nas

orientações citadas através do contato com os moradores da comunidade nas visitas domiciliares e palestras nas escolas próximas à UBS.

Na qualificação da prática clínica, haverá capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, através de palestras sobre o tema abordado na própria unidade e leitura do Caderno de Atenção Básica sobre o Diabetes Mellitus (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

META:

- 9 - garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Para melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, buscando a meta de garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, no eixo de monitoramento e avaliação, será realizada a monitorização do acesso aos medicamentos da farmácia popular/hiperdia, através da avaliação das medicações do *Hiperdia* por parte do profissional da farmácia e manutenção do livro de registro de medicamentos da farmácia atualizado sempre que possível.

No eixo de organização e gestão do serviço, será realizado controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, através da atualização semanal do livro de registro da farmácia sobre os medicamentos em falta para reposição na próxima semana e controle da validade dos mesmos. Além disso será mantido registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, através de ficha específica para o preenchimento diários das medicações liberadas ou em falta, as quais irão para a SMS em folha de resumo semanal.

No eixo engajamento público orientaremos os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos farmácia popular/hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, orientando sempre que possível para a retirada dos medicamentos na própria unidade, ou caso esteja

em falta no momento podendo-se retirar os medicamentos em qualquer UBS do município ou mesmo na farmácia popular.

Na qualificação da prática clínica, realizaremos atualização do profissional no tratamento da hipertensão, seguindo o protocolo adotado pelo Ministério da Saúde; além disso capacitaremos a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular/hiperdia, através das reuniões semanais definiremos a melhor forma de orientarmos os usuários da unidade de saúde para a aquisição das medicações necessárias.

META:

- 10 - garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Para melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, buscando a meta de garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, no eixo de monitoramento e avaliação, será realizada a monitorização do acesso aos medicamentos da farmácia popular/hiperdia, através da avaliação das medicações do *Hiperdia* por parte do profissional da farmácia e manutenção do livro de registro de medicamentos da farmácia atualizado sempre que possível.

No eixo de organização e gestão do serviço, será realizado controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, através da atualização semanal do livro de registro da farmácia sobre os medicamentos em falta para reposição na próxima semana e controle da validade dos mesmos. Além disso será mantido registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, através de ficha específica para o preenchimento diários das medicações liberadas ou em falta, as quais irão para a SMS em folha de resumo semanal.

No eixo engajamento público orientaremos os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos farmácia popular/hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, orientando sempre que possível para a retirada dos medicamentos na própria unidade, ou caso esteja

em falta no momento podendo-se retirar os medicamentos em qualquer UBS do município ou mesmo na farmácia popular.

Na qualificação da prática clínica, realizaremos atualização do profissional no tratamento do diabetes, seguindo o protocolo adotado pelo Ministério da Saúde; além disso capacitaremos a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular/hiperdia, através das reuniões semanais definiremos a melhor forma de orientarmos os usuários da unidade de saúde para a aquisição das medicações necessárias.

OBJETIVO: MELHORAR O REGISTRO DAS INFORMAÇÕES

META:

- 11 - manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Visando melhorar o registro de informações, buscando a meta de manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, no eixo de monitoramento e avaliação, será realizada a monitorização da qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde, sendo de extrema importância a aquisição de livro de registro específico para o programa *Hiperdia*, onde será acompanhado semanalmente pela gerente da unidade de saúde e repassado para os demais profissionais.

No eixo de organização e gestão do serviço, manteremos as informações do SIAB atualizadas, através do livro de registro específico e relato mensal dos dados obtidos em cadastro à gestão para atualização do SIAB. Será implantada planilha/registro específico de acompanhamento, através de solicitação à SMS local e implantação na unidade de saúde para melhora do registro e qualidade do atendimento. Dessa forma poderemos pactuar com a equipe o registro das informações e definiremos o responsável pelo monitoramento dos registros, mantendo a gerente da unidade que no momento é a enfermeira da UBS como responsável pelo acompanhamento do registro específico. Organizaremos 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; através da realização dos registros em livro específico contendo data da consulta e se a mesma está em atraso, realização ou não de estratificação de risco e comprometimento ou não de órgão alvo e se há ou não descompensação da doença de base.

No eixo engajamento público orientaremos os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Através de orientação dos profissionais equipe de saúde sobre o acesso a segunda via do livro de registro dos pacientes já cadastrados realizadas durante as visitas domiciliares diárias, realizadas pelos ACS, a comunidade aos poucos será orientada quanto aos seus direitos no que tange o acesso a segunda via do registro na unidade, focando na importância de se manter o registro de saúde; orientações estas serão dadas também durante as consultas médicas e de enfermagem e pelos profissionais da recepção.

Na qualificação da prática clínica, treinaremos a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso, através da realização de preenchimento com qualidade dos prontuários dos pacientes em todos os setores da unidade de saúde; e capacitaremos em nossas reuniões semanais na própria unidade de saúde a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

META:

- 12 - manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Visando melhorar o registro de informações, buscando a meta de manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, no eixo de monitoramento e avaliação, será realizada a monitorização da qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde, sendo de extrema importância a aquisição de livro de registro específico para o programa *Hiperdia*, onde será acompanhado semanalmente pela gerente da unidade de saúde e repassado para os demais profissionais.

No eixo de organização e gestão do serviço, manteremos as informações do SIAB atualizadas, através do livro de registro específico e relato mensal dos dados obtidos em cadastro à gestão para atualização do SIAB. Será implantada planilha/registro específico de acompanhamento, através de solicitação à SMS local e implantação na unidade de saúde para melhora do registro e qualidade do atendimento. Dessa forma poderemos pactuar com a equipe o registro das informações e definiremos o responsável pelo monitoramento dos registros, mantendo a gerente da unidade que no momento é a enfermeira da UBS como responsável pelo acompanhamento do registro específico. Organizaremos 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; através da realização dos registros em livro específico contendo data da consulta e se a mesma está em atraso, realização ou não de estratificação de risco e comprometimento ou não de órgão alvo e se há ou não descompensação da doença de base.

No eixo engajamento público orientaremos os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Através de orientação dos profissionais equipe de saúde sobre o acesso a segunda via do livro de registro dos pacientes já cadastrados realizadas durante as visitas domiciliares diárias, realizadas pelos ACS, a comunidade aos poucos será orientada quanto aos seus direitos no que tange o acesso a segunda via do registro na unidade, focando na importância de se manter o registro de saúde; orientações estas serão dadas também durante as consultas médicas e de enfermagem e pelos profissionais da recepção.

Na qualificação da prática clínica, treinaremos a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético, através da realização de preenchimento com qualidade dos prontuários dos pacientes em todos os setores da unidade de saúde; e capacitaremos em nossas reuniões semanais na própria unidade de saúde a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

OBJETIVO: MAPEAR HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR

META:

- 13 - realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Para mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, buscando a meta realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, no eixo de monitoramento e avaliação, iremos monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, através do correto preenchimento do prontuário a cada estratificação de risco realizada pelo médico, monitorado pela gerente da unidade de saúde. Após a consulta cada paciente classificado como alto risco terá sua consulta agendada e com prioridade para o dia agendado.

No eixo de organização e gestão do serviço, iremos priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco, orientando os profissionais da recepção e a gerente da unidade de saúde sobre a estratificação de risco. Além disso iremos organizar a agenda para o atendimento desta demanda, mantendo no livro de registro uma coluna guia com o tópico estratificação de risco inserido, para melhor visualização da estratificação de cada paciente e posterior agendamento de acordo com o grau.

No eixo engajamento público orientaremos os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, orientações dadas durante as consultas e visitas domiciliares pelos profissionais que estiverem atendendo no momento. Também iremos esclarecer aos pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação), tanto na unidade de saúde quanto no domicílio, focando no acompanhamento regular e na prevenção primária de possíveis complicações através da orientação para seguimento de hábitos de vida saudáveis.

Na qualificação da prática clínica, capacitaremos a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos

alvo, de acordo com o protocolo adotado pelo Ministério da Saúde e revisado durante as reuniões com equipe de saúde. Iremos também capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação, através do registro adequado no prontuário do paciente. Além disso iremos capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, através de palestras para a comunidade e orientações gerais durante a consulta médica ou com a enfermeira e nas visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da equipe.

META:

- 14 - realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Para mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, buscando a meta realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, no eixo de monitoramento e avaliação, iremos monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, através do correto preenchimento do prontuário a cada estratificação de risco realizada pelo médico, monitorado pela gerente da unidade de saúde. Após a consulta cada paciente classificado como alto risco terá sua consulta agendada e com prioridade para o dia agendado.

No eixo de organização e gestão do serviço, iremos priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco, orientando os profissionais da recepção e a gerente da unidade de saúde sobre a estratificação de risco. Além disso iremos organizar a agenda para o atendimento desta demanda, mantendo no livro de registro uma coluna guia com o tópico estratificação de risco inserido, para melhor visualização da estratificação de cada paciente e posterior agendamento de acordo com o grau.

No eixo engajamento público orientaremos os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, orientações dadas durante as consultas e visitas domiciliares pelos profissionais que estiverem atendendo no momento. Também iremos esclarecer aos pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação), tanto na unidade de saúde quanto no domicílio, focando no

acompanhamento regular e na prevenção primária de possíveis complicações através da orientação para seguimento de hábitos de vida saudáveis.

Na qualificação da prática clínica, capacitaremos a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, de acordo com o protocolo adotado pelo Ministério da Saúde e revisado durante as reuniões com equipe de saúde. Iremos também capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação, através do registro adequado no prontuário do paciente. Além disso iremos capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, através de palestras para a comunidade e orientações gerais durante a consulta médica ou com a enfermeira e nas visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da equipe.

OBJETIVO: PROMOÇÃO DA SAÚDE

META:

- 15 - garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos

Para a realização da promoção da saúde, buscando a meta de garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos, no eixo de monitoramento e avaliação, iremos monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista, através de encaminhamento ao setor de odontologia na própria unidade de saúde e avaliação odontológica com registro no prontuário do paciente.

No eixo de organização e gestão do serviço, iremos organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso, sugerindo à SMS dia fixo de atendimento para os pacientes hipertensos no setor de odontologia na própria unidade de saúde. Também iremos estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico, preenchidas corretamente no prontuário do paciente e estratificada pela recepção após orientação para os profissionais da equipe atuantes no local. Além disso, iremos demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes,

abordando o tema com o secretário de saúde ou profissional responsável pelo setor de odontologia na atenção primária na Secretária Municipal de Saúde.

No eixo engajamento público buscaremos parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde, orientando a comunidade da melhor forma sobre o assunto. Também mobilizaremos a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista, focando na importância do atendimento odontológico no local e melhoria da qualidade do serviço odontológico para os pacientes do Hiperdia, levando críticas construtivas à SMS.

Na qualificação da prática clínica, será realizada capacitação para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso, mantendo os profissionais da equipe engajados para uma atenção primária de qualidade, orientando todos os profissionais presentes sobre os hábitos de vida saudáveis em prol de uma melhor qualidade de vida, buscando iniciativas e ideias para educação em saúde não somente na UBS, mas que possamos expandir tais conhecimentos e difundi-los para todos os usuários da comunidade.

META:

- 16 - garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes diabéticos

Para a realização da promoção da saúde, buscando a meta de garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes diabéticos, no eixo de monitoramento e avaliação, iremos monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista, através de encaminhamento ao setor de odontologia na própria unidade de saúde e avaliação odontológica com registro no prontuário do paciente.

No eixo de organização e gestão do serviço, iremos organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao diabético, sugerindo à SMS dia fixo de atendimento para os pacientes hipertensos no setor de odontologia na própria unidade de saúde. Também iremos estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico, preenchidas

corretamente no prontuário do paciente e estratificada pela recepção após orientação para os profissionais da equipe atuantes no local. Além disso, iremos demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes, abordando o tema com o secretário de saúde ou profissional responsável pelo setor de odontologia na atenção primária na Secretária Municipal de Saúde.

No eixo engajamento público buscaremos parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde, orientando a comunidade da melhor forma sobre o assunto. Também mobilizaremos a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista, focando na importância do atendimento odontológico no local e melhoria da qualidade do serviço odontológico para os pacientes do Hiperdia, levando críticas construtivas à SMS.

Na qualificação da prática clínica, será realizada capacitação para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso, mantendo os profissionais da equipe engajados para uma atenção primária de qualidade, orientando todos os profissionais presentes sobre os hábitos de vida saudáveis em prol de uma melhor qualidade de vida, buscando iniciativas e ideias para educação em saúde não somente na UBS, mas que possamos expandir tais conhecimentos e difundi-los para todos os usuários da comunidade, atuando assim no período pré-patogênico e melhorando a saúde da comunidade no geral.

META:

- 17 - garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos

Para a realização da promoção da saúde, buscando a meta de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos, no eixo de monitoramento e avaliação, iremos monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos, mantendo as orientações sobre nutrição adequada e melhora da qualidade de vida em cada consulta realizada na unidade de saúde e preenchimento adequado de dieta seguida no prontuário do paciente.

No eixo de organização e gestão do serviço, iremos organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, através de palestras realizadas na unidade de saúde em conjunto com o setor de nutrição da UFAM. Também iremos demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade, com atuação dos profissionais de nutrição e acadêmicos de nutrição da UFAM.

No eixo engajamento público orientaremos os hipertensos e seus familiares sobre a alimentação saudável, através de abordagem direta durante as consultas, focando na busca de qualidade de vida para todos os pacientes.

Na qualificação da prática clínica, será realizada capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, durante as reuniões semanais realizadas com todos os profissionais da equipe de saúde, orientando tais profissionais sobre a melhor abordagem em relação as orientações para com a comunidade e os pacientes do Hiperdia. Além disso iremos capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde, mantendo dessa forma todos os profissionais da equipe engajados para uma melhor promoção da saúde na comunidade.

META:

- 18 - garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos

Para a realização da promoção da saúde, buscando a meta de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos, no eixo de monitoramento e avaliação, iremos monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos, mantendo as orientações sobre nutrição adequada e melhora da qualidade de vida em cada consulta realizada na unidade de saúde e preenchimento adequado de dieta seguida no prontuário do paciente.

No eixo de organização e gestão do serviço, iremos organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, através de palestras realizadas na unidade de saúde em conjunto com o setor de nutrição da universidade local. Também iremos demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta

atividade, com atuação dos profissionais de nutrição e acadêmicos de nutrição da UFAM.

No eixo engajamento público procuraremos orientar os diabéticos e seus familiares sobre a alimentação saudável, através de abordagem direta durante as consultas, focando na busca de qualidade de vida para todos os pacientes.

Na qualificação da prática clínica, será realizada capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, durante as reuniões semanais realizadas com todos os profissionais da equipe de saúde, orientando tais profissionais sobre a melhor abordagem em relação as orientações para com a comunidade e os pacientes do Hiperdia. Além disso iremos capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde, mantendo dessa forma todos os profissionais da equipe engajados para uma melhor promoção da saúde na comunidade como um todo.

META:

- 19 - garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos

Para a realização da promoção da saúde, buscando a meta de garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos, no eixo de monitoramento e avaliação, iremos monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos, com preenchimento adequado no prontuário do paciente e avaliação periódica da prática de atividade física regular.

No eixo de organização e gestão do serviço, iremos organizar práticas coletivas para orientação de atividade física, através de palestras realizadas na unidade de saúde e nas escolas sobre o tema acima. Também iremos demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver profissionais de educação nesta atividade, gerando assim um atendimento multiprofissional e de qualidade para os pacientes.

No eixo engajamento público procuraremos orientar os hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, através de

abordagem direta durante as consultas e durante as visitas domiciliares, focando na busca de qualidade de vida para todos os pacientes.

Na qualificação da prática clínica, será realizada capacitação da equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular, durante as reuniões semanais realizadas com todos os profissionais da equipe de saúde, orientando tais profissionais sobre a melhor abordagem em relação as orientações em relação à prática adequada de atividade física. Além disso iremos capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde, mantendo dessa forma todos os profissionais da equipe engajados para uma melhor promoção da saúde na comunidade como um todo.

META:

- 20 - garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos

Para a realização da promoção da saúde, buscando a meta de garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos, no eixo de monitoramento e avaliação, iremos monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos, com preenchimento adequado no prontuário do paciente e avaliação periódica da prática de atividade física regular.

No eixo de organização e gestão do serviço, iremos organizar práticas coletivas para orientação de atividade física, através de palestras realizadas na unidade de saúde e nas escolas sobre o tema acima. Também iremos demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver profissionais de educação nesta atividade, gerando assim um atendimento multiprofissional e de qualidade para os pacientes diabéticos do nosso território.

No eixo engajamento público iremos orientar os diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, através de abordagem direta durante as consultas e durante as visitas domiciliares, focando na busca de qualidade de vida para todos os pacientes.

Na qualificação da prática clínica, será realizada capacitação da equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular, durante as reuniões semanais realizadas com todos os profissionais da equipe de saúde, orientando tais profissionais sobre a melhor abordagem em relação as orientações em relação à prática adequada de atividade física. Além disso iremos capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde, mantendo dessa forma todos os profissionais da equipe engajados para uma melhor promoção da saúde na comunidade como um todo.

META:

- 21 - garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos

Para a realização da promoção da saúde, buscando a meta de garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos, no eixo de monitoramento e avaliação, iremos monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos, mantendo as orientações durante as consultas médicas e com o setor de enfermagem, abordando ainda o tema durante as visitas domiciliares realizadas diariamente pelos ACS e nas reuniões em grupo na própria unidade de saúde.

No eixo de organização e gestão do serviço, iremos demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo", abordando o tema com enfoque ao tratamento medicamentoso que encontra-se ausente na unidade de saúde até o presente momento.

No eixo engajamento público iremos orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, através de abordagem direta durante as consultas e durante as visitas domiciliares, focando na busca de qualidade de vida para todos os pacientes hipertensos e mantendo as orientações gerais para abandono da prática do tabagismo.

Na qualificação da prática clínica, será realizada capacitação da equipe para o tratamento de pacientes tabagistas, orientando os profissionais da equipe durante

as reuniões semanais sobre os hábitos de vida saudáveis em prol de uma melhor qualidade de vida dos pacientes. Além disso iremos capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde, dessa forma manteremos os profissionais da equipe engajados para a realização da promoção da saúde em nosso território.

META:

- 22 - garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos

Para a realização da promoção da saúde, buscando a meta de garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos, no eixo de monitoramento e avaliação, iremos monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos, mantendo as orientações durante as consultas médicas e com o setor de enfermagem, abordando ainda o tema durante as visitas domiciliares realizadas diariamente pelos ACS e nas reuniões em grupo na própria unidade de saúde.

No eixo de organização e gestão do serviço, iremos demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo", abordando o tema com enfoque ao tratamento medicamentoso que encontra-se ausente na unidade de saúde até o presente momento.

No eixo engajamento público iremos orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, através de abordagem direta durante as consultas e durante as visitas domiciliares, focando na busca de qualidade de vida para todos os pacientes diabéticos e mantendo as orientações gerais para abandono da prática do tabagismo.

Na qualificação da prática clínica, será realizada capacitação da equipe para o tratamento de pacientes tabagistas, orientando os profissionais da equipe durante as reuniões semanais sobre os hábitos de vida saudáveis em prol de uma melhor qualidade de vida dos pacientes. Além disso iremos capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde, dessa forma manteremos os

profissionais da equipe engajados para a realização da promoção da saúde em nosso território.

2.3.2 Indicadores

Serão descritos a seguir os indicadores relacionados aos objetivos específicos e suas respectivas metas que serão avaliados no projeto de intervenção.

OBJETIVO: AMPLIAR A COBERTURA AOS HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS

META 1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1: 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 2: cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

- numerador: número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

- denominador: número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde

OBJETIVO: MELHORAR A ADESÃO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO AO PROGRAMA

META 3: buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Indicador 3: *Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa*

- numerador: número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa
- denominador: número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas

META 4: buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Indicador 4: *Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa*

- numerador: número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa
- denominador: número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas

OBJETIVO: MELHORAR A QUALIDADE DO ATENDIMENTO AO PACIENTE HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO REALIZADO NA UNIDADE DE SAÚDE

META 5: realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

Indicador 5: *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 6: realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos

Indicador 6: *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 7: garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Indicador 7: *Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo*

- numerador: número total de hipertensos com exame complementar em dia

- denominador: número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

META 8: garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Indicador 8: *Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo*

- numerador: número total de diabéticos com exame complementar em dia

- denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

META 9: garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 9: *Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia*

- numerador: número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia

- denominador: número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos

META 10: garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 10: *Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia*

- numerador: número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia

- denominador: número de diabéticos com prescrição de medicamentos

OBJETIVO: MELHORAR O REGISTRO DAS INFORMAÇÕES

META 11: manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 11: *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 12: manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 12: *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: MAPEAR HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR

META 13: realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 13: *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 14: realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 14: *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: PROMOÇÃO DA SAÚDE

META 15: garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos

Indicador 15: *Proporção de hipertensos com avaliação odontológica*

- numerador: número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica
- denominador: número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

META 16: garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes diabéticos

Indicador 16: *Proporção de diabéticos com avaliação odontológica*

- numerador: número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica
- denominador: número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

META 17: garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos

Indicador 17: *Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável*

- numerador: número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável
- denominador: número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

META 18: garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos

Indicador 18: *Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável*

- numerador: número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável
- denominador: número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

META 19: garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos

Indicador 19: *Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular*

- numerador: número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular
- denominador: número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

META 20: garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos

Indicador 20: *Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular*

- numerador: número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular
- denominador: número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

META 21: garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos

Indicador 21: *Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo*

- numerador: número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do
- denominador: número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

META 22: garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos

Indicador 22: *Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo*

- numerador: número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo
- denominador: número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

2.3.3 Logística

Iniciou-se o presente estudo a partir da apresentação do Projeto de Intervenção aos membros da equipe de saúde do bairro Itamarati, cidade de Coari. Debateremos o tema em foco e realizamos os esclarecimentos em relação à ficha espelho que seria aplicada para cada paciente participante do programa durante a

consulta médica, abrangendo desta forma o conteúdo da intervenção e sua aplicabilidade para a comunidade.

A intervenção teve duração de 12 semanas e foi proposta para ser realizada em todos os hipertensos e/ou diabéticos residentes na área de abrangência, assim como da participação dos profissionais da equipe multidisciplinar da unidade de saúde em questão.

A intervenção nos programas de Hipertensão e Diabetes Mellitus teve como referência o protocolo do Caderno de Atenção Básica sobre Hipertensão e o Caderno de Atenção Básica sobre Diabetes Mellitus, ambos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), utilizando como guia a carteira do *Hiperdia* presente na unidade de saúde e a ficha espelho disponível no município, complementando os dados com uma ficha guia elaborada pela equipe da unidade em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde. A estimativa com a intervenção é de pelo menos 70 pacientes, dentre estes hipertensos e diabéticos, se possível de forma pareada. O acompanhamento mensal da intervenção foi realizado através do livro de registro do *Hiperdia*, englobando ambas as doenças previstas na intervenção.

A organização do registro específico do programa foco da intervenção foi revista mensalmente pela gerente da UBS e o médico responsável pelo projeto, através da localização dos prontuários dos pacientes hipertensos e diabéticos e transcrição dos dados disponíveis nos prontuários para a ficha espelho, anotando ainda dados relevantes da consulta.

O projeto de intervenção consistiu ainda na realização de atividades educativas com hipertensos e/ou diabéticos com enfoque na orientação ao uso correto do tratamento medicamentoso e em medidas de mudança de estilo de vida, com orientações quanto à dieta nutricional adequada, realização de atividade física com acompanhamento e abandono do tabagismo. Foram realizadas ainda ações de capacitação da equipe multidisciplinar para as atividades previstas, sendo desencadeadas no decorrer da intervenção de forma contínua.

A escolha da ficha espelho como instrumento de acompanhamento dos usuários hipertensos e / ou diabéticos durante a intervenção ocorreu durante a elaboração do projeto, com pequenos reajustes realizados para melhor controle e acompanhamento dos pacientes, sendo cedidas as cópias da ficha espelho citada pela Secretaria Municipal de Saúde de Coari / AM. Após o preenchimento adequado

da ficha espelho e do prontuário médico após a consulta, foi realizada a digitação dos dados para a planilha de coleta de dados cedida pelo Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPeL e UNASUS.

A inclusão dos pacientes hipertensos e / ou diabéticos na intervenção ocorreu até o final da mesma, possibilitando dessa forma um melhor acompanhamento e realização por parte dos agentes comunitários de saúde da busca ativa dos pacientes omissos até o presente momento. Os agentes comunitários de saúde orientaram os pacientes em relação à intervenção e realizaram o acompanhamento domiciliar necessário para a manutenção de uma melhor adesão medicamentosa.

Dentre as estratégias que foram utilizadas como prática de atividades coletivas em educação em saúde, incluíram as palestras e debates geralmente realizadas na recepção ou na sala dos ACS, apresentações com vídeos e cartazes, acompanhamento e palestras com o setor de nutrição da Universidade Federal do Amazonas e café da manhã para orientação nutricional dos pacientes.

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente

Analisando e vendo a intervenção como um todo, percebo que atuamos em cada ação e buscamos os objetivos previstos, sempre empenhados em realizar o nosso melhor em prol da nossa comunidade, a qual também recebeu de braços abertos o nosso projeto. Dentre as ações previstas no projeto, atuamos em cada uma delas de forma contínua, sendo cumpridas integralmente, apesar das dificuldades por vezes encontradas, como, por exemplo, a troca de funcionários que tivemos no decorrer do ano, dessa forma tivemos que capacitar a equipe não somente uma vez, visto que novos funcionários entraram gerando assim uma nova capacitação, o que fazíamos durante as reuniões e no nosso dia-a-dia mesmo. Importante frisar o apoio da gestão, que também foi essencial para o desenvolvimento das ações, avaliando cada eixo presente no projeto de intervenção e suas respectivas ações: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Dentre as ações desenvolvidas, no eixo monitoramento e avaliação, o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde foi realizado de forma integral, assim realizamos o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo e da realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos de forma frequente e com qualidade. Foi feito ainda o monitoramento dos pacientes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado pelo MS através do prontuário e livro de registro próprio, bem como a análise dos exames solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. Monitoramos também o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e do Hiperdia, através do profissional da farmácia e da gerente da unidade com a análise de livro próprio para controle dos medicamentos, realizando

dessa forma controle de estoque e validade dos medicamentos e um melhor controle das medicações necessárias para os nossos pacientes cadastrados na unidade de saúde. Realizamos ainda o monitoramento da qualidade dos registros dos pacientes acompanhados, avaliando com frequência os prontuários dos pacientes e o livro de registro do Hiperdia, avaliando também a estratificação de risco realizada pelo menos uma vez ao ano e as consultas com a equipe multidisciplinar, como o setor de odontologia, acompanhamento nutricional, exercícios físicos realizados e orientações sobre os riscos do tabagismo.

O registro e a melhoria do acolhimento dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa foram realizados de forma integral. A garantia de material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde foi realizada de forma parcial, algumas vezes ficamos sem a fita do hemoglicoteste na unidade, e, devido à logística, a reposição das fitas demorava algumas vezes, mas conseguimos driblar tal situação quando ocorreram com fitas trazidas pelos próprios funcionários da capital para a unidade de saúde. Conseguimos com o tempo organizar nossa unidade em relação às visitas domiciliares, realizando a busca ativa dos pacientes omissos às consultas, melhorando a qualidade de saúde da comunidade.

Ao longo do ano definimos as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos pacientes do Hiperdia, organizando e capacitando os profissionais da unidade de saúde, seguindo o protocolo do Ministério da Saúde para Hipertensão Arterial e Diabetes presente na UBS e atualizando frequentemente os profissionais da unidade, melhorando assim o atendimento para com os pacientes do Hiperdia.

Solicitamos para a gestão a garantia da solicitação dos exames complementares e agilidade para a realização de tais exames. A gestão sempre nos foi muito solícita, ajudando na maioria das vezes nossos pedidos, já que a melhora seria para a comunidade como um todo e é essa a real intenção de qualquer gestão. Dessa forma conseguimos manter o SIAB atualizados na maioria das vezes, apesar das divergências encontradas com os dados dos ACS em algumas vezes, a gestão se mostrou interessada em nos ajudar com esses empecilhos encontrados. A responsável pelo monitoramento dos registros era a gerente da unidade de saúde, no nosso caso a enfermeira Vanessa Padilha. O monitoramento da periodicidade

das consultas previstas no protocolo foi realizado e avaliado através de livro específico cedido pela SMS local.

Organizamos a agenda para o atendimento dos pacientes classificados como de alto risco, através da capacitação dos profissionais da recepção, com orientação adequada e treinamento correto. Através das consultas e palestras com o setor de nutrição conseguimos organizar práticas de alimentação saudável e realização de exercício físico, melhorando a qualidade de vida de nossos pacientes nitidamente, além de orientações gerais sobre o abandono do tabagismo/etilismo e outras práticas de vida inadequadas.

No engajamento público, a comunidade estava ciente da nossa intervenção e aderiram totalmente à ela, a aceitação por parte dos pacientes foi ótima. Os pacientes foram orientados quanto à importância da realização da consulta e o exame físico realizado em cada consulta, o diagnóstico correto e rastreamento adequado para diabetes e hipertensão arterial, bem como seus fatores de risco e como evitá-los e as possíveis complicações de ambas as doenças. A realização dos exames complementares e um melhor controle foi um ponto importante realizado em nossa intervenção, mantendo assim uma maior proximidade com o paciente. Orientamos os pacientes ainda quanto ao acesso dos medicamentos na própria unidade, com alternativa de pegá-los na Farmácia Popular ou nas redes particulares do município quando necessário. Os pacientes também foram orientados com sucesso quanto seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via quando necessário, apesar de geralmente não solicitarem a segunda via do registro, eles estavam cientes de que isso era possível e eles tinham o direito assegurado por nós da unidade de saúde. A comunidade foi também orientada para demandar aos gestores um atendimento odontológico com qualidade, apesar da insistência o atendimento odontológico começou a ser realizado no final da intervenção, de toda forma foi uma vitória para a comunidade, que agora possui atendimento semanal com dia fixo para os pacientes do Hiperdia no setor de odonto.

A capacitação dos profissionais foi realizada com sucesso, tanto para o diagnóstico correto com a verificação da PA e o uso do hemoglicoteste quanto para o cadastramento dos pacientes hipertensos e diabéticos, organizando visitas domiciliares em busca dos pacientes faltosos. Os ACS foram treinados para orientar de forma adequada os pacientes do Hiperdia em relação às consultas e sua periodicidade correta. Capacitamos ainda a equipe para a realização de exame

clínico apropriado e solicitação de exames quando necessário, seguindo os protocolos do Ministério da Saúde. Semanalmente através das reuniões capacitamos os profissionais da equipe para se manterem atualizados em relação ao tratamento da hipertensão e do diabetes, orientados também quanto a estratificação de risco segundo o escore de Framingham e sua importância e controle de fatores de risco modificáveis, aumentando assim o conhecimento quanto as patologias. Os profissionais também foram treinados para realizarem registro dos pacientes em cada consulta realizada, em livro específico na recepção e nos prontuários nos consultórios. Durante a intervenção a equipe estava capacitada, através das reuniões realizadas, para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e diabético, práticas de alimentação saudável e atividade física regular.

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

Algumas pequenas ressalvas devem ser feitas e corrigidas em nossa trajetória. Conversando com a equipe no geral, esperamos implementar na rotina do serviço modificações em relação ao atendimento bucal que não foi cumprido integralmente, uma melhor organização dos prontuários também seria bem-vinda e uma menor troca de funcionários, sendo que este último não depende somente de nós. Também não conseguimos até então os medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo, apesar de nossa insistência junto à gestão, a mesma informou que há um projeto de inclusão de tais medicamentos para o próximo ano, mas pelas questões burocráticas e outras prioridades esse ponto ficou para ser realizado a longo prazo.

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

A coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção foi realizada de maneira adequada e sem dificuldades, apesar de estarmos dependendo da

secretaria municipal de saúde para coletar os dados do SIAB, conseguimos realizar a sistematização com êxito e alcançamos nossos objetivos.

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

É gratificante saber que todos da equipe deram o máximo de si e estavam engajados para a realização de uma intervenção dentro dos padrões buscados. E fico feliz em afirmar que as ações irão continuar mesmo após minha saída da UBS, com toda a equipe buscando melhorar sempre o que ficou para trás e incorporando as ações da intervenção na rotina da unidade de saúde que atuamos. O próprio secretário de saúde pretende incorporar o projeto para as outras unidades, ampliando assim a qualidade do serviço visto em nosso serviço para as unidades de saúde do município de Coari.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

Considerando os aspectos quantitativos, observa-se que ao longo dos três meses do projeto de intervenção voltado para os pacientes hipertensos e diabéticos obtivemos uma boa evolução, cumprindo nossas metas. De acordo com o cadastro do SIAB, que inclui informações de toda a população da área sob a responsabilidade desta equipe, possuímos no total 119 pessoas identificadas como portadoras de HAS e 48 como portadores de DM.

A avaliação dos indicadores ao final de cada mês da intervenção permitiu uma leitura da sua evolução e seus resultados estão descritos a seguir.

A melhora da busca ativa no decorrer do projeto de intervenção refletiu-se em um ótimo índice no indicador supracitado. Semanalmente reavaliávamos os cadastros pelos ACS e os profissionais realizavam a busca ativa dos pacientes faltosos à consulta, mantendo os dados atualizados no livro de registro específico para o grupo em foco.

O primeiro indicador diz respeito à cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na unidade de saúde, e neste ponto, obtivemos pontos positivos, com elevado aumento da cobertura em ambas as ações programáticas, como pode ser observado nas Figuras 1 e 2 para hipertensos e diabéticos, respectivamente. Ao final do primeiro mês, o número de hipertensos e diabéticos em acompanhamento na unidade foi um total de 76 pacientes, sendo 58 hipertensos e 18 diabéticos. No segundo mês elevamos a cobertura para 121 pacientes, com 92 hipertensos e 29 diabéticos no total e contabilizou-se 154 pacientes em acompanhamento no terceiro mês, havendo até então 115 hipertensos e 39 diabéticos (Figura 1 e 2). Uma das ações principais para o sucesso do indicador acima é o cadastramento adequado dos pacientes no programa, o que ocorre somente com o engajamento da equipe, um bom acolhimento e a melhoria da qualidade do atendimento para todos os pacientes hipertensos e diabéticos.

O acompanhamento contínuo através das visitas domiciliares dos ACS capacitados para tal foi de suma importância para o sucesso da intervenção.

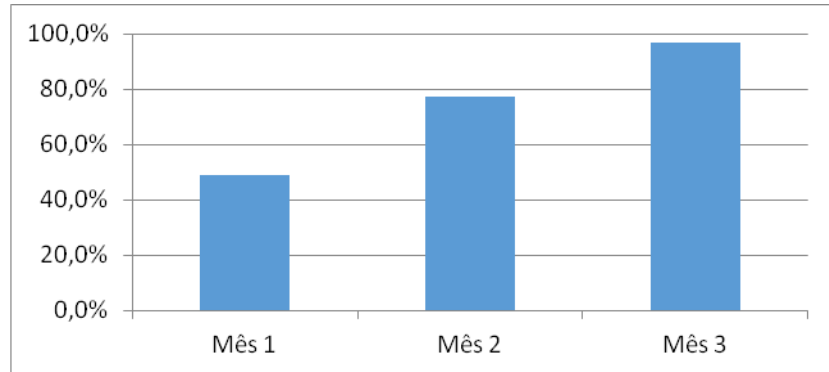


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

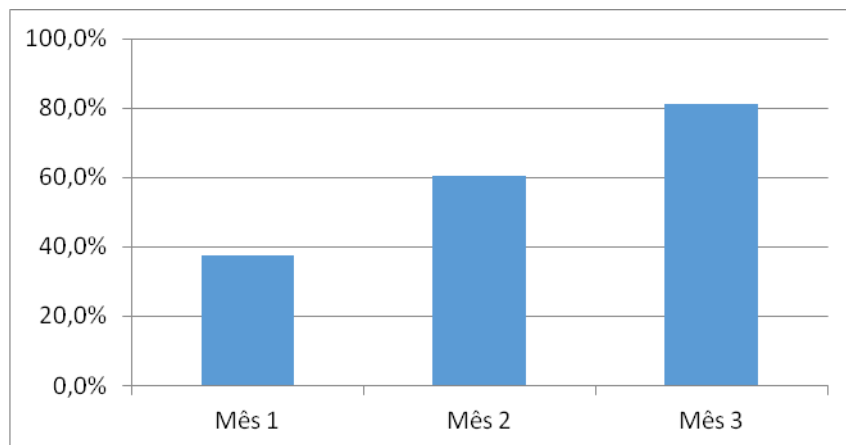


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

A cobertura dos pacientes faltosos foi bastante eficaz, respondendo integralmente as nossas expectativas. Do total de pacientes cadastrados, tivemos um total de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa de 14 usuários e para os diabéticos um total de 7 usuários, sendo que realizamos a busca ativa em 100 % dos casos, em todos os meses, tanto para os hipertensos quanto para os diabéticos.

A busca ativa dos pacientes faltosos foi mais do que importante para manter o registro das consultas em dia no nosso livro específico, o qual é avaliado semanalmente. Uma ação importante em conjunto com a ação anterior é a organização das visitas domiciliares realizadas pelos ACS para a busca ativa dos pacientes faltosos, agendando-os para a próxima semana ou assim que possível de

acordo com o dia-a-dia do paciente, sempre orientando a comunidade para uma melhor adesão e evitar assim as faltas desnecessárias e negligência ao tratamento proposto.

Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

- 1º mês: 7 pacientes – 100,0 %
- 2º mês: 12 pacientes – 100,0 %
- 3º mês: 14 pacientes – 100,0 %
- número de pessoas atingidas: 14 de 14

Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

- 1º mês: 3 pacientes – 100,0 %
- 2º mês: 5 pacientes – 100,0 %
- 3º mês: 7 pacientes – 100,0 %
- número de pessoas atingidas: 7 de 7

É importante monitorar a realização do exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos, bem como o número de pacientes com exames solicitados de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde impresso e presente na UBS e o acesso às medicações do hiperdia.

O exame físico minucioso é preenchido corretamente no prontuário do paciente. O acesso aos medicamentos do hiperdia é realizado durante a consulta e após os pacientes são orientados pelos profissionais da recepção e da farmácia. Houve garantia dos exames solicitados por parte da Secretaria de Saúde, a qual sempre foi solicitada em nos ajudar e manter sempre que possível a qualidade do serviço e a realização dos exames do protocolo proposto. Nossos resultados estão nas figuras 3 e 4.

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

- 1º mês: 57 pacientes – 98,3 %
- 2º mês: 91 pacientes – 98,9 %
- 3º mês: 114 pacientes – 99,1 %

- número de pessoas atingidas: 114 de 115

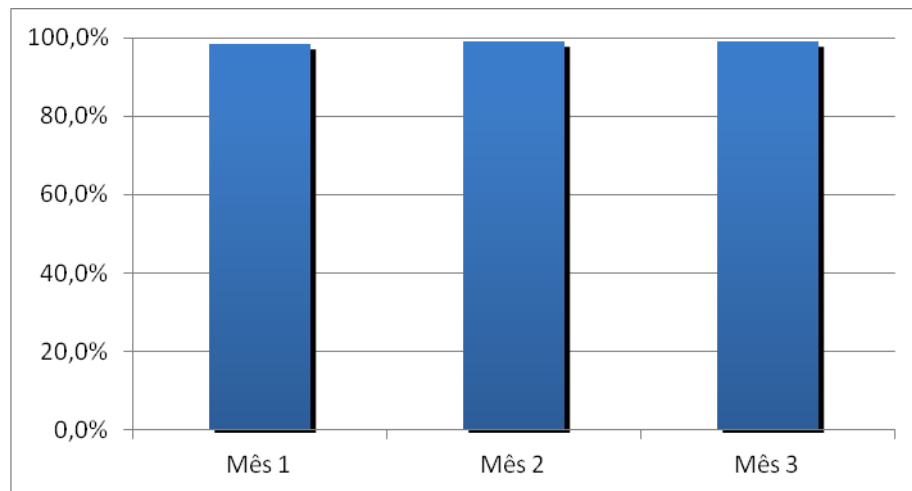


Figura 3. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

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

- 1º mês: 18 pacientes - 100,0 %
- 2º mês: 29 pacientes - 100,0 %
- 3º mês: 39 pacientes - 100,0 %
- número de pessoas atingidas: 39 de 39

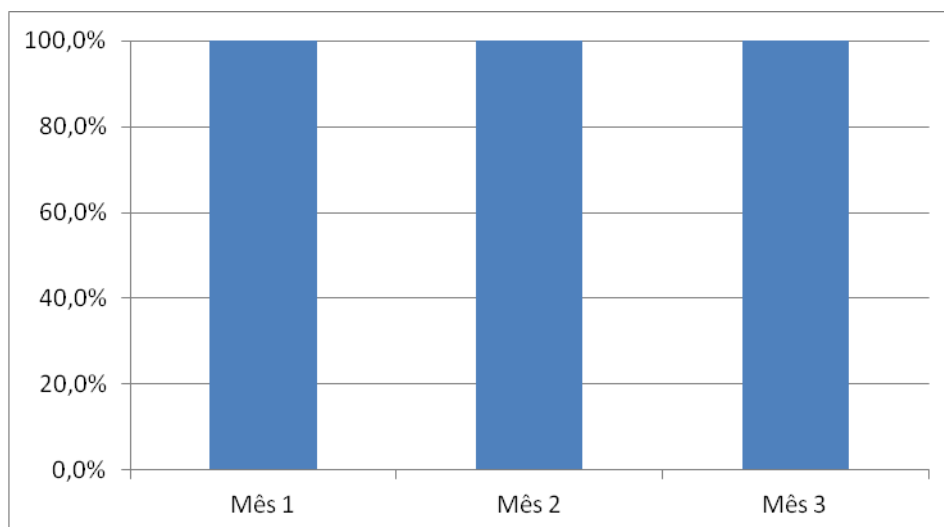


Figura 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

Realizamos o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, mantendo sempre que possível as consultas em dia de acordo com o Ministério da Saúde. No indicador de exames complementares obtivemos bons pontos com níveis finais de 98,3% para os usuários hipertensos (figura 5) e 97,4% para os usuários diabéticos (figura 6).

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

- 1º mês: 56 pacientes – 96,6 %
- 2º mês: 90 pacientes – 97,8 %
- 3º mês: 113 pacientes – 98,3 %
- número de pessoas atingidas: 113 de 115

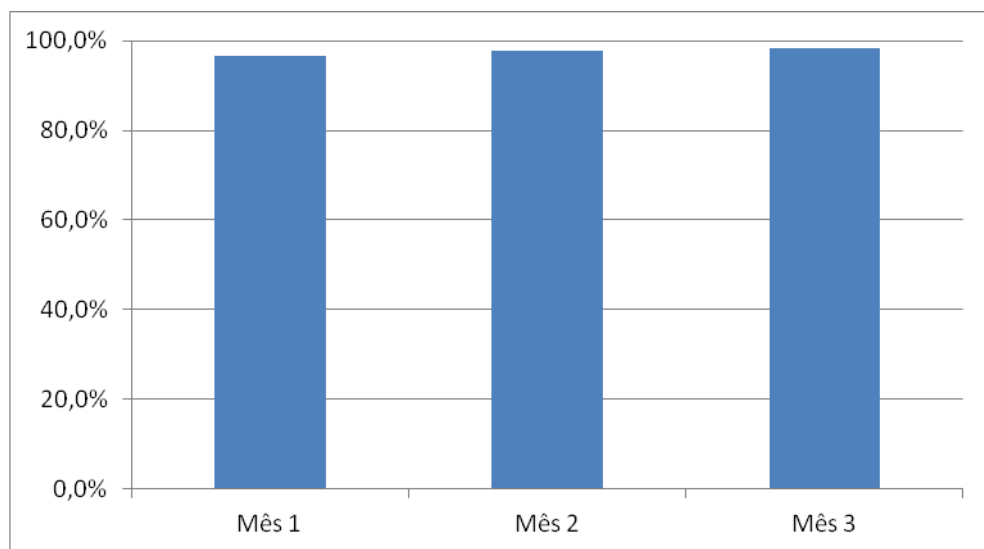


Figura 5. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

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

- 1º mês: 17 pacientes - 94,4 %
- 2º mês: 28 pacientes - 96,6 %
- 3º mês: 38 pacientes - 97,4 %
- número de pessoas atingidas: 38 de 39

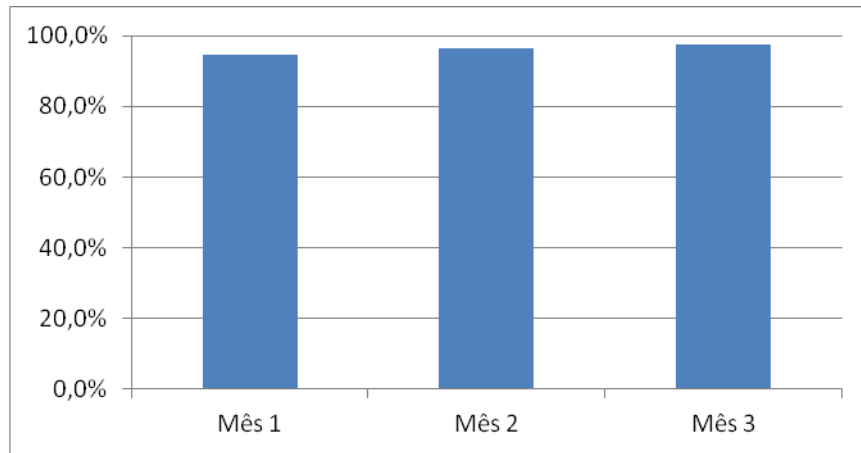


Figura 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

Por vezes faltaram medicações na unidade de saúde, seja por questões de logísticas ou mesmo porque outros pacientes de outras áreas buscavam medicações em nossa UBS, mas sempre procuramos orientar nossos pacientes da melhor forma e sempre que necessário faziam uso da farmácia popular do município, assim sempre dávamos aos pacientes alternativas para a adesão medicamentosa. O profissional da farmácia possui ficha específica para o preenchimento diário das medicações liberadas e as que estão em falta, sendo assim semanalmente a gerente da UBS apresenta um resumo das medicações para a SMS.

Conforme analisado nos gráficos abaixo (Figuras 7 e 8), dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos em acompanhamento na unidade básica de saúde Leny Passos, todos os pacientes, em todos os meses, mantinham a prescrição dos medicamentos da lista do hiperdia ou da farmácia popular em dia.

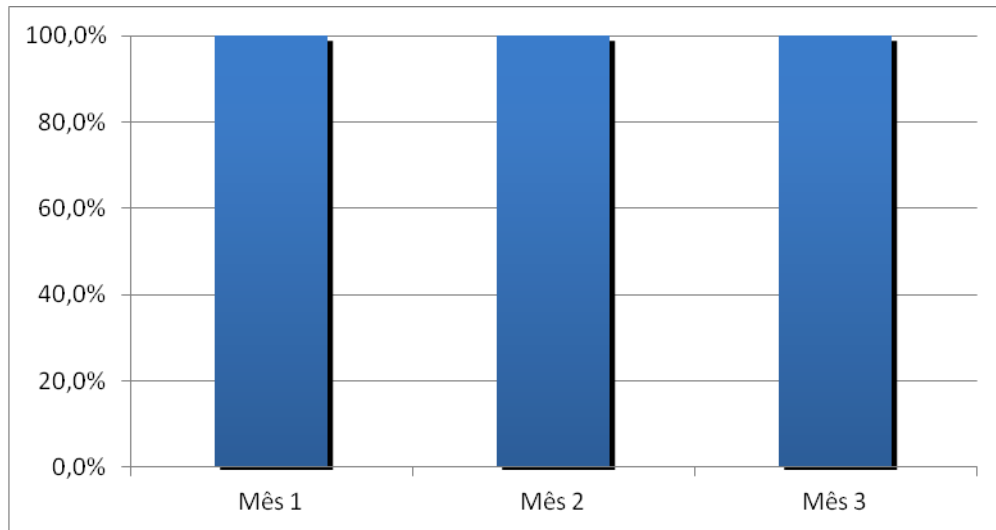


Figura 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

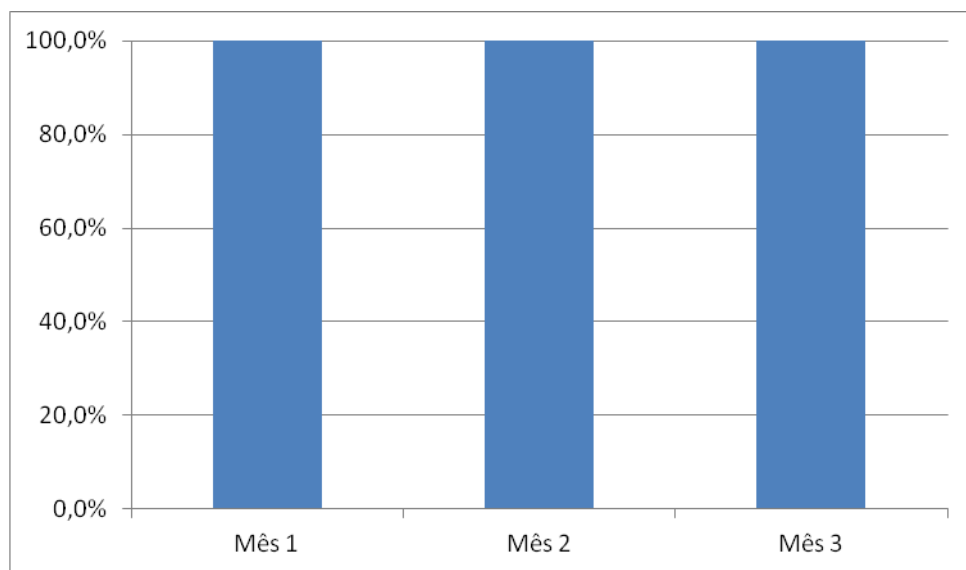


Figura 8. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

Outro indicador com ponto positivo é o registro adequado na ficha de acompanhamento, alcançando, em todos os meses, 100 % nesse caso também, conforme ilustrado nas Figuras 9 e 10 . Uma das principais ações para o sucesso da intervenção é o cadastro adequado com monitoramento da qualidade dos registros dos pacientes hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Para tal, a aquisição de livro de registro específico para o programa hiperdia é essencial para a realização e monitoramento da intervenção.

As informações do SIAB devem manter-se atualizadas no decorrer do projeto de intervenção, para tanto contávamos com a ajuda da Secretaria Municipal de Saúde para o fornecimento dos dados do SIAB. No geral a SMS foi bastante solícita e nos ajudou sempre que possível. Um dos problemas é que os dados do SIAB por vezes não estavam de acordo com os dados liberados pelos ACS, seja por um subcadastro da SMS ou por migração de pacientes, mas no geral o desvio padrão estava dentro dos padrões necessários para manter a qualidade do projeto e a intervenção na comunidade. Mensalmente a enfermeira da unidade relatava à gestão os dados obtidos em cadastro para atualização do SIAB, tentando manter ao máximo os dados semelhantes.

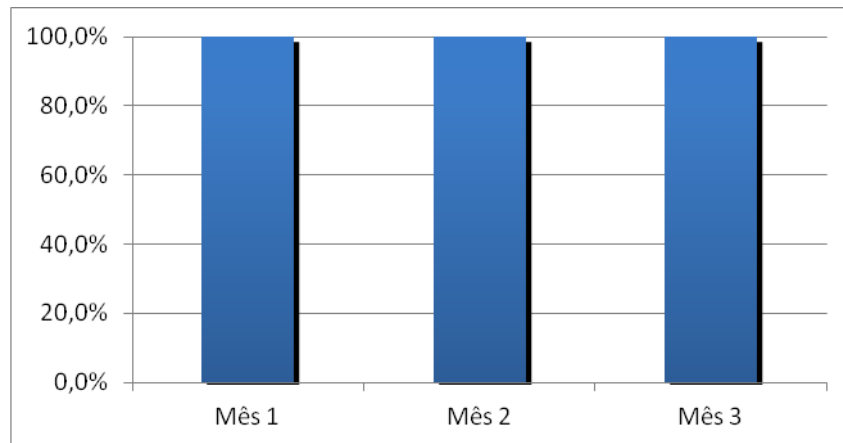


Figura 9. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

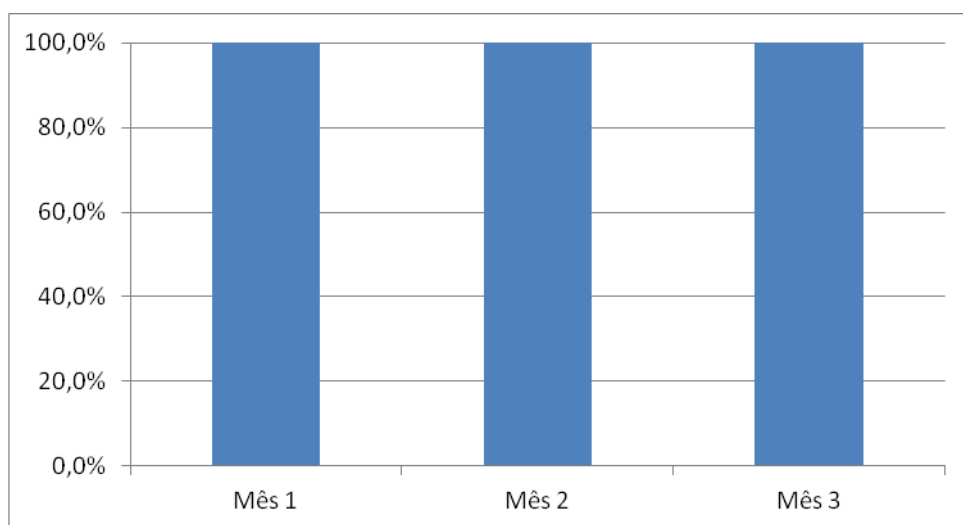


Figura 10. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

Realizamos o monitoramento dos pacientes da intervenção através do preenchimento correto do prontuário a cada estratificação de risco e escore de Framingham realizados, sendo esta uma ação importante para a avaliação do indicador supracitado. Os profissionais da UBS foram treinados para priorizar os grupos de alto risco em detrimento aos de baixo risco durante o agendamento e atendimento das consultas. A orientação para os usuários é essencial, ainda mais se tratando dos pacientes de alto risco, para manter o acompanhamento regular e adesão ao programa *Hiperdia*, esclarecendo ainda para a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, essenciais para a prevenção de complicações.

Entre os hipertensos 94,8% realizaram a estratificação de risco cardiovascular com exame clínico em dia no primeiro mês do estudo. Esta proporção foi de 96,7% no segundo mês e de 97,4% no terceiro (Figura 11). Já entre os diabéticos houve praticamente o dobro de pacientes do primeiro para o terceiro mês (figura 12).

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

- 1º mês: 55 pacientes - 94,8 %
- 2º mês: 89 pacientes - 96,7 %
- 3º mês: 112 pacientes - 97,4 %
- número de pessoas atingidas: 112 de 115

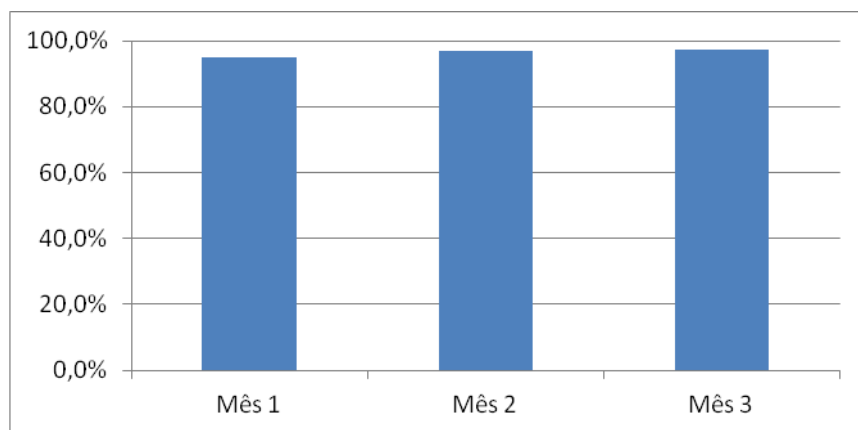


Figura 11. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

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

- 1º mês: 18 pacientes - 100,0 %
- 2º mês: 29 pacientes - 100,0 %
- 3º mês: 39 pacientes - 100,0 %
- número de pessoas atingidas: 39 de 39

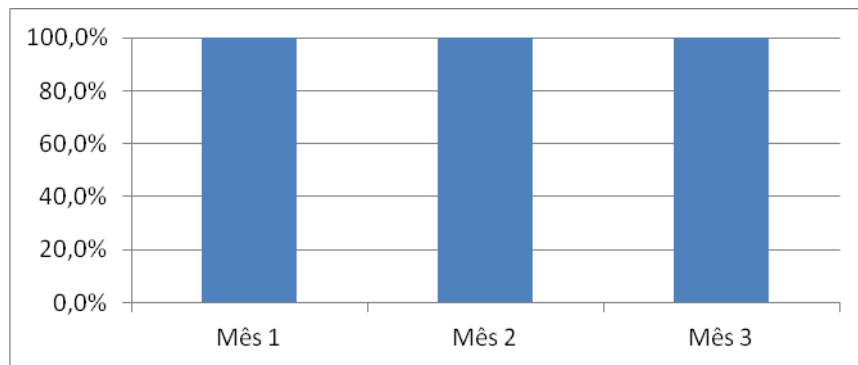


Figura 12. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

Quando foi investigado e analisado se os pacientes hipertensos e/ou diabéticos realizavam as consultas odontológicas previstas (BRASIL, 2006), as prevalências foram bem menores: para os hipertensos 12,1% no primeiro mês do estudo, 10,9% no segundo e 8,7% no terceiro mês de intervenção, mantendo ainda no terceiro mês o mesmo número de pacientes do segundo mês de intervenção, ou seja, não houve avanços nesse quesito, apenas elevou-se o número total final de pacientes, mas sem elevação do índice de hipertensos e/ou diabéticos com avaliação odontológica (figura 13 e 14, respectivamente).

Como pode ser visualizado nas figuras abaixo, obtivemos maus resultados nos índices que dizem respeito à avaliação odontológica. Porém, após batalhar por melhorias na qualidade de saúde do município de Coari, conseguimos, juntamente com a SMS local, que a ação programática fosse abordada em conjunto com o setor de odontologia, e para 2014 haverá consultas fixas para os pacientes hipertensos e diabéticos.

Apesar do encaminhamento dos pacientes para o setor de odontologia localizado na própria UBS, não conseguimos alcançar nossas metas, sendo este o indicador com os níveis mais inferiores até então encontrados. Entre todos os pacientes hipertensos e diabéticos que realizaram a consulta odontológica

programática alcançamos ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 27 hipertensos e 19 diabéticos.

Vale ressaltar que o menor índice presente nos indicadores é o da avaliação odontológica, e que com a continuidade ao projeto de intervenção poderá vir a melhorar cada dia mais, infelizmente houve certa morosidade frente aos nossos pedidos, mas no final à ação programática odontológica foi consagrada e está sendo realizada no momento.

Proporção de hipertensos com avaliação odontológica

- 1º mês: 7 pacientes – 12,1 %
- 2º mês: 10 pacientes – 10,9 %
- 3º mês: 10 pacientes – 8,7 %
- número de pessoas atingidas: 10 de 115

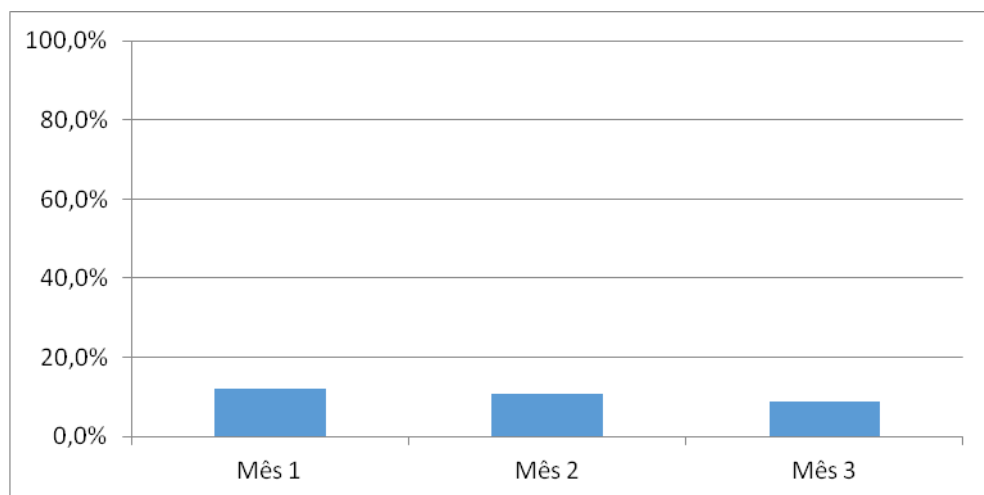


Figura 13. Proporção de hipertensos com avaliação odontológica na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

Proporção de diabéticos com avaliação odontológica

- 1º mês: 5 pacientes - 27,8 %
- 2º mês: 7 pacientes - 24,1 %
- 3º mês: 7 pacientes 17,9 %
- número de pessoas atingidas: 7 de 39

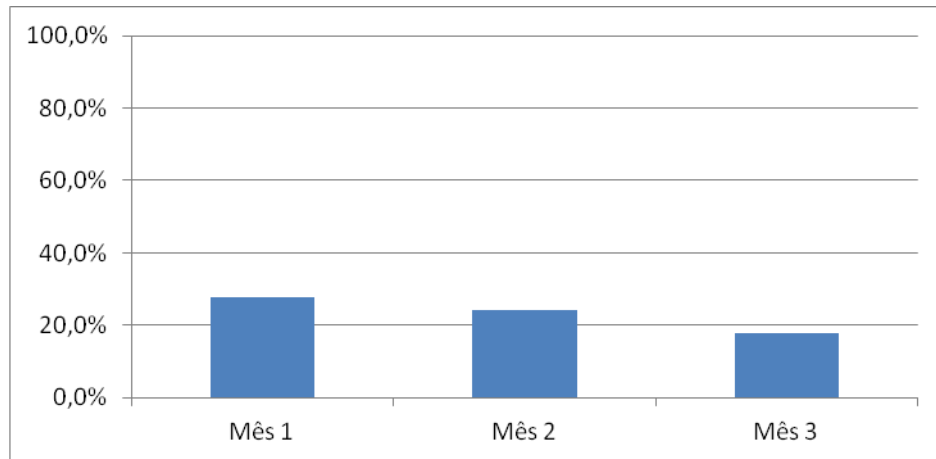


Figura 14. Proporção de diabéticos com avaliação odontológica na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

A orientação nutricional sobre uma dieta ideal foi realizada para todos os pacientes diabéticos e/ou hipertensos no decorrer da intervenção, alcançando 100 % deste indicador (figura 15).

O atendimento nutricional foi feito em conjunto com a UFAM, sendo encaminhado para lá os pacientes que necessitam de um acompanhamento mais profundo, geralmente por má adesão à nutrição. Nesse sentido, tivemos apenas 4 pacientes encaminhados para o setor de nutrição, já que a grande maioria nós mesmos manejávamos na unidade de saúde sem problemas de adesão.

Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

- 1º mês: 58 pacientes – 100,0 %
- 2º mês: 92 pacientes – 100,0 %
- 3º mês: 115 pacientes – 100,0 %
- número de pessoas atingidas: 115 de 115

Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

- 1º mês: 18 pacientes - 100,0 %
- 2º mês: 29 pacientes - 100,0 %
- 3º mês: 39 pacientes - 100,0 %
- número de pessoas atingidas: 39 de 39

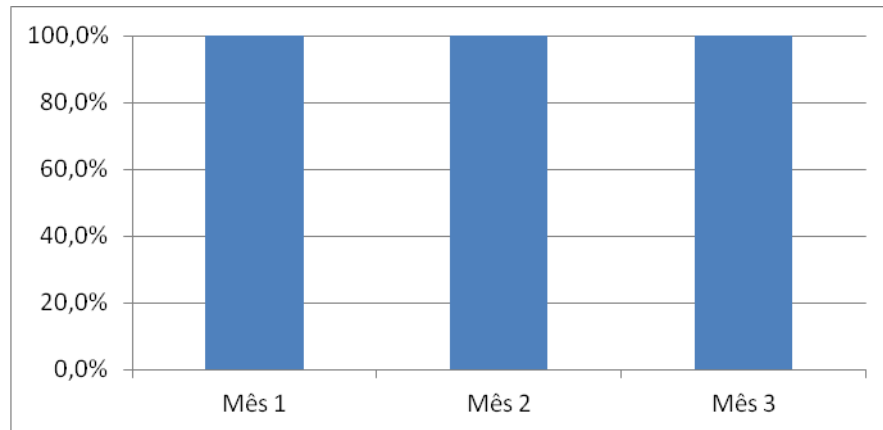


Figura 15. Proporção de hipertensos com avaliação odontológica na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

Os pacientes hipertensos e diabéticos demandam atendimento multiprofissional; com acompanhamento nutricional e odontológico. Os pacientes a cada consulta eram orientados quanto à importância da prática de atividade física. Os profissionais de educação física não fizeram parte do projeto em si nem estavam vinculados à UBS, nem obtivemos resposta quanto à nossa solicitação à Secretaria de Saúde, porém, mantemos a nossa parte como profissionais de saúde competentes que somos e procuramos orientar todos os pacientes quanto a realização de atividade física regular, para uma melhora da qualidade de vida dos pacientes hipertensos e diabéticos, mantendo dessa forma um bom índice quanto à orientação para a prática de atividades físicas.

As orientações quanto à prática de atividades físicas (figura 16) foi um ponto positivo da intervenção, com crescente melhora dos usuários que praticavam atividade física regular e orientação para todos os pacientes que faziam parte da intervenção, alcançando o previsto pela equipe.

Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular

- 1º mês: 58 pacientes – 100,0 %
- 2º mês: 92 pacientes – 100,0 %
- 3º mês: 115 pacientes – 100,0 %
- número de pessoas atingidas: 115 de 115

Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular

- 1º mês: 18 pacientes - 100,0 %
- 2º mês: 29 pacientes - 100,0 %
- 3º mês: 39 pacientes - 100,0 %
- número de pessoas atingidas: 39 de 39

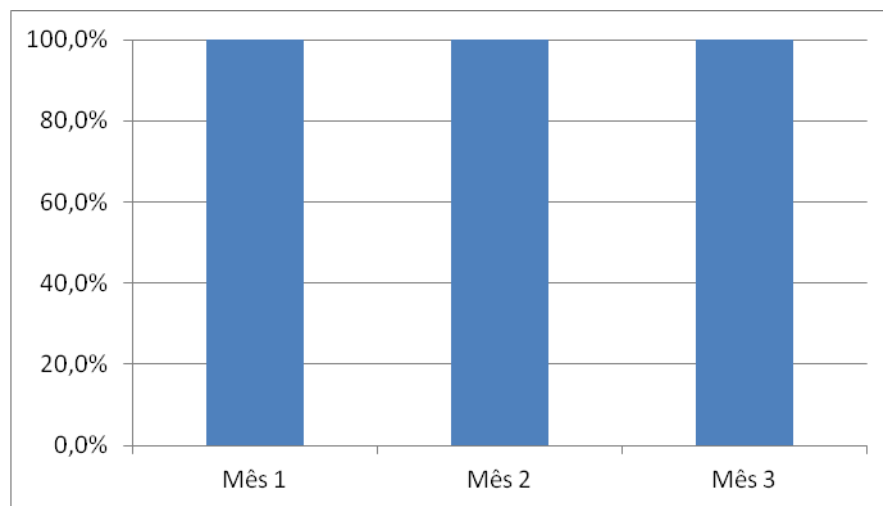


Figura 16. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na Unidade Básica de Saúde Leny Passos, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

Em relação ao tabagismo, a previsão é que para 2014 já se tenha as medicações necessárias e mais utilizadas nas unidades de saúde do município, no mais estávamos mantendo as orientações gerais durante as consultas para abandono da prática do tabagismo, independente do grupo populacional atendido, mantendo todos os pacientes cientes dos malefícios do tabaco e seus derivados, com bons pontos em relação ao índice de pacientes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

- 1º mês: 58 pacientes – 100,0 %
- 2º mês: 92 pacientes – 100,0 %
- 3º mês: 115 pacientes – 100,0 %
- número de pessoas atingidas: 115 de 115

Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

- 1º mês: 18 pacientes - 100,0 %
- 2º mês: 29 pacientes - 100,0 %
- 3º mês: 39 pacientes - 100,0 %
- número de pessoas atingidas: 39 de 39

4.2 Discussão

Em minha Unidade Básica de Saúde, o projeto de intervenção permitiu, ao longo desses três meses (12 semanas de intervenção), a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria da busca ativa dos pacientes omissos, bem como um melhor registro e cadastramento dos pacientes, com enfoque dado ao exame físico minucioso e estratificação de risco dos pacientes e a qualificação da atenção nesta ação programática, com grande melhoria na adesão medicamentosa e na capacitação profissional dos profissionais da equipe engajados no projeto.

A capacitação dos profissionais da equipe foi essencial para o sucesso da intervenção. Para que houvesse a capacitação dos profissionais engajados, seguimos à risca as recomendações dos guias do Ministério da Saúde em relação ao Diabetes Mellitus e à Hipertensão Arterial Sistêmica. Desta forma, toda equipe estava preparada para atender da melhor forma os pacientes participantes da intervenção, e não somente esses pacientes, mas sim todos da nossa comunidade, pois o conhecimento adquirido jamais será perdido e todo aprendizado é válido para qualquer profissional.

Uma intervenção bem sucedida não depende somente de um profissional e sim de uma equipe como um todo, cada um tem o seu valor: o acolhimento realizado por todos, mas principalmente pelos profissionais da recepção, porta de entrada geralmente na nossa unidade de saúde; os ACS tiveram e têm um papel primordial na atenção básica, eu particularmente os considero os principais profissionais da PSF, por essa razão a capacitação de cada ACS é essencial para a realização de uma busca ativa efetiva e para as orientações gerais a serem dadas para a comunidade; a auxiliar de enfermagem e a enfermeira foram importantes para o

monitoramento e o andar do projeto, já que as assumiam muitas vezes funções administrativas e outras mais. A odontologia, especialidade única e que a cada dia deveria ser mais valorizada, infelizmente não participou efetivamente da intervenção, porém esse ano será diferente, teremos atendimento fixo para os pacientes hipertensos e diabéticos na saúde bucal, o que melhorará e muito a qualidade da saúde em nossa comunidade.

O médico em si teve um papel importante na comunidade, ainda mais nessa comunidade, nossa comunidade era bastante carente, por tempos estavam sem atendimento médico adequado, como diriam os pacientes em meus últimos dias de atendimento, o médico ali presente deixará saudades, e fico grato por tudo e pela experiência que tive, mas espero que o trabalho continue e a saúde mantenha o mesmo ritmo. Apesar disso o médico não teve um papel centrado nessa intervenção, o centro desse projeto foi a comunidade como um todo e o seu bem estar, um melhor atendimento para todos, e esta intervenção promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, dos agentes comunitários de saúde e dos profissionais da farmácia e da recepção.

A comunidade estava carente, o tratamento médico estava ausente e a saúde em condições precárias. As atividades na atenção básica em nossa UBS aconteciam basicamente para os casos agudos, que no final eram transferidos para o Hospital Regional de Coari quando não eram possíveis de serem tratados na UBS. Não havia medicação, não havia busca ativa ou cadastramento, muito menos adesão medicamentosa. A intervenção viabilizou uma atenção à saúde de qualidade para os pacientes da comunidade. Houve melhoria em vários quesitos, como no registro e agendamento dos hipertensos e diabéticos, busca ativa dos pacientes, capacitação dos profissionais engajados, otimização da agenda para um melhor fluxo da demanda espontânea, estratificação de risco para priorização dos pacientes de alto risco. A intervenção somente veio a somar e melhorar o atendimento para a nossa comunidade.

É notória a satisfação da comunidade em relação à intervenção. Os pacientes hipertensos e diabéticos melhoraram sua adesão ao tratamento, estão menos omissos e mais comprometidos com a saúde, e não somente os pacientes hipertensos e diabéticos, mas todos no geral perceberam essa mudança. Os pacientes também melhoraram muito a dieta e a prática de exercício físico aumentou bruscamente, sempre dentro dos limites de cada um e com acompanhamento

correto. A priorização de atendimento é importante para os pacientes de alto risco ser atendidos primeiramente em detrimento aos de baixo risco, e procuramos abordar a classificação durante a recepção dos pacientes para orientá-los sobre o motivo dessa priorização e evitar qualquer problema na recepção. Não iremos mudar alguns hábitos culturais e outros pequenos problemas, alguns pacientes ainda se mostram negligentes quanto ao tratamento, mas focamos neles e insistimos sobre a importância do tratamento adequado, sempre que há esperança de que podemos mudar um pouquinho para melhor alguma situação, lá estaremos fazendo isso.

A intervenção ocorreu dentro do esperado. Cometemos alguns erros, que para mim foram alguns degraus para a intervenção colocar-se onde está agora, não olho para a intervenção com negatividade e sim com positividade. Se tivesse que melhorar algo, seria uma melhor abordagem com a comunidade, conseguimos através dos meios de comunicação, mas creio que uma abordagem em casa em casa seria muito legal também, em todo o nosso território, apesar disso ter sido feito pelos ACS, não foi feito por mim. Outro ponto que iria mudar a partir de agora seria a saúde bucal, tenho certeza que nesse ano a cobertura será bem melhor e a qualidade do atendimento só tem a melhorar. A equipe toda está engajada para dar continuidade ao projeto de intervenção e fazer disso uma rotina, então tenho certeza que daqui para frente as dificuldades encontradas poderão e serão superadas.

Após a minha saída da unidade de saúde a intervenção será incorporada a rotina do serviço. Vamos manter as orientações dadas para a comunidade, o atendimento clínico, a busca ativa e o cadastramento adequado dos pacientes e a prevenção de possíveis complicações para esses pacientes, focando na adesão medicamentosa com responsabilidade e sem negligências. Algo que depende da gestão e não está em nossas mãos é a manutenção dos funcionários, principalmente dos ACS, essenciais para a intervenção e para a atenção básica, e sempre que possível manter todos os profissionais, novos ou antigos, capacitados para um melhor atendimento para a comunidade.

Os próximos passos serão manter os profissionais até aqui presentes e capacitar os novos profissionais que se juntaram à equipe recentemente. Aumentar a busca ativa para ampliação da cobertura dos hipertensos e diabéticos. E ao conversar com o novo secretário de saúde e abordar o projeto de intervenção, achei que seria interessante implementar a intervenção em cada unidade de saúde do

município, aos poucos e com qualidade, tenho certeza que poderíamos fazer um ótimo trabalho em prol da comunidade como um todo e não somente em um território específico.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Queridos gestores e profissionais da SMS – Coari,

Durante 3 meses realizei um projeto de intervenção voltado para os pacientes hipertensos e diabéticos na UBS Leny Passos, localizada no bairro Itamarati de nosso município. Durante estes três meses tivemos objetivos, metas e ações para serem desenvolvidas, e com muito esforço creio que atingimos nossos objetivos, muitas vezes tivemos dificuldades pela frente, e apesar disso obtivemos muitos êxitos, os quais gostaria de compartilhar nesse relatório.

Analisando a intervenção como um todo, percebo que atuamos firmemente em cada ação e buscamos os objetivos previstos, sempre empenhados em realizar o nosso melhor em prol da nossa comunidade, a qual também recebeu de braços abertos o nosso projeto de intervenção.

Através da intervenção houve melhoria em vários quesitos, com uma melhora na forma de registro e agendamento dos hipertensos e diabéticos, ampliando dessa forma a cobertura desses usuários. Posso citar outros pontos importantes que foram melhorados, como a busca ativa dos pacientes, a capacitação dos profissionais da equipe da unidade de saúde, otimização da agenda para um melhor fluxo da demanda espontânea, estratificação de risco para priorização dos pacientes de alto risco, adesão ao tratamento dos hipertensos e diabéticos; realizamos ainda um atendimento clínico minucioso e com qualidade, o qual foi alvo de elogios durante toda nossa intervenção, nada mais justo e correto tratar os nossos pacientes como têm que ser tratados.

O modelo de fichas limitadas também acabou em nossa unidade de saúde, aderimos à demanda espontânea, e isso nos aproximou mais da população e percebemos que foi a melhor decisão a ser tomada, melhorando o acolhimento aos pacientes e a relação médico-paciente e profissional-paciente. Além disso, o modelo da ficha espelho que utilizamos é útil e importante no seguimento desses pacientes, creio que seria interessante continuarmos com esse modelo, e se possível ser utilizado em todas as unidades de saúde.

No geral a equipe está bem comprometida em ajudar a população e fazer o que tiver que ser feito para melhorar. As palestras voltaram a fazer parte da rotina da unidade de saúde, orientando sempre os pacientes em determinados assuntos pertinentes à intervenção, ou mesmo assuntos aleatórios em relação à saúde, como prevenção de doenças ou orientações dietéticas no geral. Poderíamos ter mais recursos para a realização das palestras, como cartolinas e outros materiais, creio que podemos melhorar nesse ponto e isso só vem a somar para a população.

Um dos pontos que destaco é a melhoria na solicitação de exames, que estava praticamente ausente antes da intervenção, e isso graças a gestão que disponibilizou tais exames e investiu para tal. Poderíamos investir em longo prazo em exames mais complexos, como tomografia computadorizada, e outros exames laboratoriais que não possuímos, isso viria a somar e evitariam algumas transferências de pacientes mais graves para a capital, gerando menos gastos para a gestão e melhor qualidade de saúde para a população.

As orientações gerais também foram um ponto positivo, tanto para dieta quanto para exercícios físicos e outras modificações de hábitos de vida, e isso mostra que estivemos atuando também na atenção primária e não apenas tratando os pacientes já doentes, dessa forma prevenindo possíveis complicações e melhorando a qualidade de vida da comunidade.

Conversando com a equipe da unidade de saúde, esperamos implementar na rotina do serviço modificações em relação ao atendimento bucal, o que já vai ser iniciado nesse ano, e uma melhor organização dos prontuários também seria bem-vinda. Um ponto em destaque que devo ressaltar seria uma menor troca de funcionários, principalmente dos ACS, isso melhoraria ainda mais a qualidade do serviço e o crescimento do sistema de saúde no geral.

Importante frisar o apoio da gestão, que foi essencial para o desenvolvimento das ações, sempre empenhada em nos ajudar no que fosse possível. Graças a vocês conseguimos uma coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção de acordo com o SIAB; a realização do mapa do nosso território; os aparelhos para o diagnóstico tanto da hipertensão arterial sistêmica quanto do diabetes mellitus; os insumos e demais materiais de trabalho. A equipe no geral está bem satisfeita, e mais ainda a população, que está mais do que agradecida pelo serviço que vem sendo feito. Gostaríamos muito de termos melhorado a saúde bucal no decorrer do ano, por vezes ficamos sem resposta da

Secretaria de Saúde, mas tenho certeza que agora e num futuro não distante isso estará resolvido da melhor forma. Proponho mantermos as orientações dadas para a comunidade, o atendimento clínico, a busca ativa e o cadastramento adequado dos pacientes e a prevenção de possíveis complicações para esses pacientes, focando na adesão medicamentosa com responsabilidade e sem negligências.

É gratificante saber que todos da equipe deram o máximo de si e estavam engajados para a realização de uma intervenção dentro dos padrões buscados. E fico feliz em afirmar que as ações irão continuar mesmo após minha saída da UBS, com toda a equipe buscando melhorar sempre o que ficou para trás e com a intervenção incorporada a rotina do serviço. Seria interessante que a intervenção ocorresse em todas as unidades de saúde do município e não somente na área do hiperdia com os hipertensos e diabéticos, mas em outras ações programáticas também, melhorando o sistema de saúde como um todo. Continuem com o ótimo trabalho que vem sendo feito, tenho certeza que poderíamos fazer um ótimo trabalho em prol de toda a comunidade e não somente em um território específico.

4.4 Relatório da intervenção para comunidade

Possuímos em nossa unidade de saúde um total de 119 hipertensos e 48 diabéticos. Após analisar a comunidade como um todo resolvemos que tal intervenção era necessária, e através dessa intervenção houveram melhorias em vários pontos, como na forma de registro e do agendamento dos pacientes hipertensos e diabéticos. Havia um grande número de pacientes faltosos as consultas, e conseguimos com a ajuda de nossa equipe, principalmente dos agentes comunitários de saúde, melhorar a busca desses pacientes em suas casas, mantendo assim um bom acompanhamento dos pacientes sempre que possível e entrando em contato com o paciente que faltar à consulta, marcando assim um novo agendamento. Entre os vários problemas que havíamos encontrado era o tratamento inadequado dos pacientes, e conseguimos elevar o número de pacientes que estão em acompanhamento correto em nossa unidade, aumentando a adesão ao tratamento e diminuindo assim as possíveis complicações, tanto do diabetes quanto da hipertensão.

Obtivemos vários ganhos com esta intervenção, como uma atenção à saúde de qualidade para os hipertensos e diabéticos, bem como para os demais pacientes,

os quais também atendemos diariamente, sem prejudica-los, apesar do foco da intervenção serem os pacientes hipertensos e diabéticos, os pacientes não sentiram nenhum prejuízo quanto aos outros atendimentos no geral, pelo contrário, o balanço foi positivo e houveram muitas melhorias em todos os sentidos.

Dentre o que esperávamos realizar, estavam as reuniões com a equipe de saúde da unidade, apresentando para todos da equipe o projeto e o motivo da realização do projeto. Realizamos também reuniões com os usuários, falando sobre os hábitos de vida saudáveis que devemos levar e o tratamento correto de ambas as doenças. Conseguimos capacitar os profissionais da equipe para a realização correta da intervenção, além de orientar corretamente a comunidade e divulgar ao máximo o nosso projeto de intervenção. Aumentamos ainda a cobertura e o cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, monitorando e atualizando os registros dos pacientes.

Após os 3 meses de intervenção e os meses que precederam a intervenção conquistamos muitas melhorias em nossa unidade, podendo-se constatar que nossos objetivos iniciais foram cumpridos na sua grande maioria, ainda que de forma parcial, mas de toda forma trouxemos melhorias para os pacientes hipertensos e diabéticos. Dessa forma, espera-se que toda a comunidade contribua com a continuidade da intervenção e melhore cada vez a qualidade de saúde no nosso território, e que toda a equipe possa acolher da melhor forma os pacientes em todos os momentos.

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

Medicina da Família... Médico da Família. Eu, particularmente, sempre me interessei pela área. Mas hoje vejo certo preconceito com a mesma. Médico da família seria aquele que não faz ciência, que faz tudo e não faz nada, sempre ouço certos comentários. Mas esquecem o que é ser um médico da família de verdade.

Hoje em dia os médicos da família estão nos mais diversos municípios por modismo, por programas do governo, puro oportunismo. Talvez a essência tenha se perdido um pouco de tempos para cá. O médico da família é uma verdadeira enciclopédia, tem que estar sempre atualizado, ao mesmo tempo ser compreensivo e cuidador, humano, ele não cuida somente da sua dor de cabeça, da sua depressão, do seu fígado ou do seu pâncreas, ele cuida de você, ele é seu médico para o que der e vier, ajudando-lhe a superar os problemas.

Esse ano, durante a primeira visita domiciliar que eu realizei, percebi que era um privilégio está ali, ter entrado naquela casa, conhecido um pouco mais da história de vida e do contexto em que o paciente vive com sua família, e o mais gratificante é poder ajudar e mudar o rumo daquela história, mudar para melhor. O médico da família deve conhecer a pessoa como um todo, criando um vínculo com cada paciente, transmitir a confiança e a certeza de que aquele paciente não estará sozinho, que ele pode contar comigo, com o seu médico, eu estarei ali para o que der e vier.

Nem tudo é alegria, também passamos por momentos ruins. Por vezes criamos um vínculo muito forte, e os pacientes se vão, assim, sem mais nem menos, simplesmente porque Deus quis assim, e não podemos fazer nada, não conseguimos ajudar, é muito triste para nós profissionais de saúde, pelo menos para mim assim é, mas, apesar disso, saber que a família desses pacientes que perdermos estão lá para nos receber com carinho em suas casas, sorrindo sempre, por saber que nós demos o máximo para ajudá-los, isso sim é muito especial e gratificante, isso é ser médico da família, uma emoção a cada dia. As histórias que um médico da família tem a oportunidade de viver a cada dia são inúmeras e sou grato por tudo que passei e vivi durante esse ano.

Em nosso país, ainda é relativamente pequeno o número de profissionais que tiveram a oportunidade de se qualificar para a o trabalho com a atenção primária, e creio que esse número de profissionais aumentará cada vez mais através dos diversos programas criados pelo Ministério da Saúde.

Mas é importante ter em mente que a saúde da família necessita de profissionais com boa qualificação e capacitação. E isso eu pude encontrar através do PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica na UNA-SUS / UFPeL. O UNASUS (Universidade Aberta do SUS) é uma estratégia nacional lançada pelo Ministério da Saúde e direcionada para o desenvolvimento profissional das equipes de Saúde da Família. Um dos objetivos ao cursar a especialização em saúde da família foi incrementar a resolutividade e a qualidade de minha prática profissional, me dedicar à saúde da família e melhorar a qualidade de vida das pessoas sob meus cuidados.

O conteúdo do curso é muito rico e demanda certa dedicação, com um material didático e paradidático interessantíssimo, de leitura agradável e totalmente atualizado. Foi o primeiro curso à distância que fiz, percebi que pude organizar meus horários de estudo de acordo com minha rotina, porém a crítica fica para a internet do município em que fiquei alocado, o que me prejudicou e me atrasou certas vezes, mas consegui correr atrás do prejuízo e tentei me disciplinar ao máximo para alcançar meus objetivos.

O curso de especialização em saúde da família em si me fez crescer profissionalmente e como pessoa, foi uma grande aprendizagem que pretendo levar para toda vida. Durante esse período obtive percepções diferentes de assuntos diversos que eu já dominava e vários outros assuntos ou crenças novas, sempre aprendendo e adquirindo conhecimentos. Esse foi um ano muito especial, convivi intensamente com vários colegas de trabalhos e alguns amigos de longa data no município de Coari, todos no PSF, trocando experiências e discutindo casos, alguns casos simples e outros mais complexos, mas sempre interessantes.

Convivi também com pessoas de várias áreas, outras especialidades, aprendendo a cada dia um pouco mais com cada uma delas. Aprendi muito com minha supervisora, Dra. Heliana Feijó, “tia Heliana”, o qual sou muito fã pelo exemplo de humildade e simplicidade, por ser essa pessoa bondosa e inteligente que é, sempre disposta a nos ajudar; bem como aprendi muito com minha orientadora Ethieli Rodrigues, “Mrs. Rodrigues”, a qual só tenho a agradecer por

toda preceptorial que recebi durante esse ano, me capacitando e me incentivando sempre.

A oportunidade que tive na UFPeL foi maravilhosa para meu crescimento pessoal e profissional. Ao ingressar na faculdade de medicina já entrei com o sonho de me tornar oftalmologista, área mais nobre e gratificante da medicina em minha opinião, e graças a Deus consegui ser aprovado na residência médica e irei começar em 2014. Mas a medicina é muito vasta e eu tinha outros objetivos, e ainda tenho, e um deles é ser médico da família. Pretendo ainda investir em um futuro não muito distante na formação de mestrado e doutorado, seguindo essa parte mais acadêmica de minha formação, me dedicando ao máximo no que eu faço no que eu amo... a tal da medicina.

6. BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica, n 15. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Hipertensão Arterial Sistêmica.** 58 p. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica, n 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Diabetes Mellitus.** 64 p. Brasília: DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica, n 37. Normas e Manuais Técnicos. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica.** 130 p. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica, n 36. Normas e Manuais Técnicos. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Diabetes Mellitus.** 162 p. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB.** 2013.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde – Representação Brasil. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes.** 232 p. Brasília, DF, 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **A vigilância, o Controle e a Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.** 80 p. 2005.

DONABEDIAN A. **Evaluating the Quality of Medical Care,** 960 p. 1966.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, RJ, 2012

Anexo C - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FAÇULDADE 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/UFPPEL

