

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE À DISTÂNCIA

Turma 5



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da UBS José
Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP**

Daisy Alivis Cacho Gutiérrez

Pelotas, 2015

DAISY ALIVIS CACHO GUTIÉRREZ

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM da UBS

José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família, Modalidade a Distância, Universidade Aberta do SUS – Universidade Federal de pelotas, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Guilherme Barbosa Shimocomaqui

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

G984m Gutiérrez, Daisy Alivis Cacho

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM da UBS José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP / Daisy Alivis Cacho Gutiérrez; Guilherme Barbosa Shimocomaqui, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

74 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Shimocomaqui, Guilherme Barbosa, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

DEDICATÓRIA

Dedico a conclusão desse trabalho, aos meus pais por serem o pilar fundamental em tudo o que sou, ao meu irmão e à sua família, por serem parte de minha vida e à toda minha família.

Dedico a todos os professores que nos receberam com muito carinho e participaram do módulo de acolhimento na Fundação Oswaldo Cruz, transmitindo suas experiências e preparando-nos para novos desafios, deixando lindas lembranças para a vida. Obrigada por seu apoio e confiança.

Dedico às pessoas que sonham, mas caminham firme e forte para a conquista destes sonhos.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, por estar comigo em cada passo.

Ao meu orientador Guilherme Barbosa Shimocomaqui que com sua imensa paciência, conhecimento e profissionalismo orientou o caminho correto a seguir.

Agradeço a secretaria municipal de saúde, equipe e outros colegas pela forma dedicada com que colaboraram para a realização do trabalho.

À todos os que me apoiaram, incentivaram e ajudaram para assumir e concluir este desafio.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Gráfico indicativo da distribuição da população segundo idade e sexo do município de Tartarugalzinho.....	18
Figura 2	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	46
Figura 3	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....	47
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	49
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção dos diabéticos com exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.....	49
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada.....	51
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada.....	51
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa.....	53
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca ativa.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Amapá
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabete Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

Apresentação.....	9
1 Análise Situacional.....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS, enviado na segunda semana de Ambientação.....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	20
2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção.....	21
2.1 Justificativa.....	21
2.2 Objetivos e metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral.....	23
2.2.2 Objetivos específicos.....	23
2.2.3 Metas.....	23
2.3 Metodologia.....	24
2.3.1 Ações (incluindo o detalhamento).....	24
2.3.2 Indicadores.....	26
2.3.3 Logística.....	33
2.3.4 Cronograma.....	36
3 Relatório da Intervenção.....	39
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	39
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.....	40
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	41
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à	41

rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	
4 Avaliação da intervenção.....	42
4.1 Resultados.....	42
4.2 Discussão.....	54
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	57
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	60
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	63
Referências	65
Apêndices.....	66
Apêndices A:Fotos da Intervenção.	
Anexos	67
Anexo A:Ficha espelho	
Anexo B:Planilha de coleta de dados	
Anexo C:Documento do Comitê de Ética	

RESUMO

GUTIERREZ, Daisy Alivis Cacho. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da UBS José Alves Meirelles, Tartarugalzinho – AP.** 72F. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS/Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM) constituem um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Apesar dessas doenças serem evitáveis, elas geram inúmeras complicações que acarretam em incapacidade funcional exigindo um elevado custo financeiro para o sistema de saúde nacional e para o indivíduo e a família. A UBS José Alves Meirelles localizada em Tartarugalzinho, Amapá apresenta significativas dificuldades relacionadas ao programa de HAS e DM. Segundo os dados obtidos do plano de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos da secretaria de saúde desse município, entre uma população de 13.385 pessoas, 7.487 são maiores de 20 anos, sendo que 294 são hipertensos e 102 diabéticos. Considerando a baixa cobertura desses programas nessa UBS e a necessidade de qualificar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos, o presente trabalho teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da UBS José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP. A intervenção foi desenvolvida no período de setembro a dezembro de 2014, na área de abrangência da UBS mencionada acima. Para isso, foram realizadas ações em quatro eixos (monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica) com o intuito de ampliar a cobertura, melhorar a qualidade da atenção, a adesão de hipertensos e diabéticos no programa, melhorar os registros das informações, avaliar o risco cardiovascular desses indivíduos e promover a saúde dos mesmos. Além disso, foi estabelecido metas, indicadores e utilizou-se a planilha de coleta de dados e a ficha-espelho do curso de especialização da UFPel, visando monitorar e registrar os dados para a análise. Após a intervenção foi possível observar que os indicadores de cobertura do programa de hipertensão e diabéticos alcançaram, respectivamente, 23,7%(117) e 31,1% (38). Já os indicadores de qualidade, como por exemplo, o exame clínico e as atividades de orientação foram alcançadas em 100%. Embora algumas metas não tenham sido alcançado, observa-se que a intervenção promoveu uma reorganização do processo de trabalho da equipe, fortaleceu a integração entre os trabalhadores e destes com a comunidade, estimulou o protagonismo e a autonomia da comunidade e momentos de educação permanente. As ações foram incorporadas na rotina da unidade de saúde e dessa forma potencializa para o atingir uma saúde cada vez integral e universal com a melhoria da qualidade de vida da população.

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

APRESENTAÇÃO

O presente estudo faz parte do trabalho de conclusão de curso da especialização em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. Ele foi desenvolvido na UBS José Alves Meireles do município Tartarugalzinho, AM, durante os meses de setembro a dezembro de 2014, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção ao hipertenso e diabético de nossa área de abrangência.

O volume descrito a seguir apresenta cinco partes. A primeira é a análise situacional, momento que retrata a situação de nossa unidade quanto a diversos aspectos, como por exemplo, informações sobre a estrutura da UBS, a relação da equipe com a comunidade e as informações sobre algumas ações programáticas que eram desenvolvidas antes do início da intervenção.

A segunda parte é a análise estratégica. Nessa etapa, a partir do conhecimento proporcionado pela etapa anterior, elaboramos um projeto de intervenção com foco na HAS e DM, considerando as reais necessidades da comunidade e baseado nos protocolos de atendimentos do Ministério de Saúde.

A terceira parte abrange o relatório da intervenção, caracterizado pela descrição das ações desenvolvidas para alcançar as metas e os objetivos, visando melhorar a saúde da comunidade. Há relatos qualitativos e subjetivos com a intenção de expor as dificuldades e os obstáculos encontrados e que com a união, o esforço e o espírito de trabalho conseguiremos superá-los.

A quarta parte, avaliação da intervenção abordamos os resultados, realizamos os relatórios para a comunidade e os gestores descrevendo cada indicador os objetivos alcançados e a importância e significado dos mesmos para a comunidade, serviço e a equipe.

A última seção consiste na reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, descreve como foi o desenvolvimento pessoal e profissional durante o curso, as expectativas iniciais e a importância dos aprendizados para a minha prática profissional.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS, enviado na segunda semana de Ambientação

A Unidade Básica de Saúde (UBS) encontra-se em reparação. No momento, o serviço ocorre em uma instituição provisória, sendo que o atendimento é das 8 horas da manhã até as 16 horas. Outros serviços, como enfermagem e reabilitação, continuam abertos até as 18 horas. A unidade é composta por três médicos, sendo que dois pertencem ao programa de saúde da família (PSF) e uma médica do Programa Mais Médicos. O atendimento é realizado a toda a população de nosso município. Promove-se atendimento à população mediante ações programáticas planejadas pela secretaria de saúde.

A UBS possui quatro equipes, mas essas equipes não estão completas, faltam enfermeiras, agentes e um médico. Seus integrantes, como por exemplo, a equipe de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde (ACS), não são suficientes para ofertar atendimento a toda a população. As visitas domiciliares são realizadas somente pelos ACS, enquanto os médicos e as enfermeiras realizam atendimento na UBS. Em resumo as equipes estão parcialmente criadas, mas não trabalhando segundo as orientações.

O acolhimento é deficiente, não existe informação suficiente aos usuários sobre os horários de atendimento, não realiza palestras e nem outras atividades de promoção de saúde com os usuários. Realiza-se atendimento de demanda espontânea, mas não segundo os programas recomendados pelo Ministério de Saúde, ou seja, não se programam os protocolos de trabalho do Ministério, o atendimento é realizado mediante demanda espontânea, pelo qual não existem registros dos programas antes da intervenção.

Há dificuldades com os registros dos usuários com doenças crônicas. O atendimento às gestantes é realizado somente pela enfermeira. Não se realiza o acompanhamento das puérperas e no caso das crianças, realiza somente a vacinação e não consultas de puericultura.

Na UBS oferecem atendimentos para realização de teste cito patológico, vacinação, curativos e testes rápidos para algumas doenças transmissíveis, mas não possui serviço de saúde bucal nem saúde mental. A necessidade de

médico na unidade mista (hospital) causa o aumento da procura por parte dos usuários na UBS para receber atendimento de urgência, e tal fato, conseqüentemente, dificulta o atendimento da demanda espontânea. Percebemos dificuldades de participação dos setores da comunidade com a nossa UBS e a secretaria de saúde.

1.2 Relatório de Análise Situacional

Tartarugalzinho foi elevado à categoria de município em 17 de dezembro de 1987. Suas origens e desenvolvimento estão ligados a sua disposição geográfica como local de referência no trânsito da BR-156 que, ainda hoje, continua com a oferta de serviços, incluindo alimentação, combustível e venda de produtos diversos. Aliado a esse contexto, destaca-se o desenvolvimento da pecuária em suas áreas inundáveis ainda como uma de suas principais bases produtiva.

A área total do município é de 6.711,95 km², o que resulta numa densidade demográfica de 1,85 hab./km². Seus limites são Pracúba, a noroeste e norte; Amapá, a nordeste; Cutias, a sudeste e Ferreira Gomes, a sudoeste.

Dentro da economia destaca-se a criação de gado bovino, bubalino e de suínos. Culturas de subsistência, como mandioca e laranja e a pesca artesanal na região do Lago Novo. Atualmente, Tartarugalzinho busca ampliar sua base produtiva, voltando-se para o ecoturismo. A população recenseada em 2013 é de 13.385 habitantes, sendo que quase metade (6458) da população é rural, segundo o IBGE.

Em nosso município existe um hospital considerado unidade mista, onde se proporciona atendimento de demanda espontânea e atendimentos de urgência/emergência. Realizam-se testes de malária e leishmaniose, os resultados são liberados aos usuários às vezes em uma hora e outras vezes no outro dia. O município não apresenta o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e não tem disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Além disso, o município apresenta uma UBS provisória, pois o local definitivo encontra-se em reparação. A UBS está localizada no centro da

cidade, ou seja, pode se considerar como urbana. Há três equipes de saúde e agora esta por incrementar uma quarta equipe. Nessas equipes trabalham médicos que fazem parte do PSF e do Programa Mais Médicos. Esses médicos são especialistas em medicina geral familiar.

Cada equipe esta formado por médicos e enfermeiros, embora as equipes não estão completas. Nas três equipes formadas estão faltando algum profissional, como médico, os ACS e da equipe de enfermagem, como por exemplo, técnicos de enfermagem. Além disso, não estão incluídas as equipes odontológicas. Essas equipes de saúde bucal trabalham em outro centro odontológico, isto é, estão afastadas das equipes da UBS.

Até o momento, não temos atendimento especializado na área de ginecologia, pediatria, psiquiatria, ortopedista e outras especialidades. No caso de um profissional nutricionista, no momento nós também não apresentamos, uma vez que esse profissional está de licença.

Os usuários devem realizar exames em outras clínicas de laboratórios particulares, já que na nossa UBS somente realiza teste rápidos de VDRL, HIV, Hepatite. Apresentamos dificuldades com a implementação de programas do SUS, por varias razões.

Primeiramente, há um desconhecimento dos protocolos de atendimentos para esses programas e doenças clínicas por parte dos profissionais, existe também uma dificuldade para fixar profissionais no serviço de saúde e há uma reduzida disponibilidade de recursos para implementar totalmente esses programas. Essas são algumas das causas das dificuldades para cumprir as orientações e diretrizes do SUS.

Embora estejam trabalhando em uma unidade provisória, não temos grandes problemas em relação às barreiras arquitetônicas. A UBS está situada em um lugar baixo, sem desníveis, onde as crianças e pessoas idosas possuem acesso sem dificuldades.

O problema estrutural é de aglomeração já que as três equipem realizam a consulta médica no mesmo local, em dois turnos diferentes de atendimento. É frequente a necessidade dos médicos de passar por dentro da sala de reabilitação para fazer outro atendimento, interferindo na consulta de fisioterapia. Outro fato relevante é o grande número de pessoas na recepção,

já que a UBS não possui sala de espera, e os arquivos de prontuários encontram-se na mesma sala da triagem.

Também existe dificuldade com a sala de curativos onde se encontra o equipamento de esterilização. Isso é um fator de risco de acidentes para o pessoal de enfermagem e usuários que permanecem nesse local. Como a UBS no momento está em um local provisório, logicamente não temos condições estruturais necessárias, conforme é preconizado pelo Ministério da Saúde. Para solucionar esta dificuldade já se realizam os últimos detalhes da unidade onde se acolherá definitivamente a nossa população.

Em nossa UBS ainda não temos uma distribuição da população para cada equipe, problema ocorre devido à instabilidade na fixação dos profissionais médicos e de enfermagem. Isso leva ao fato de que um ou dois médicos precisam realizar atendimento a toda a população. Assim, os médicos e suas equipes se encontram sobrecarregados e isto dificulta o atendimento e realização de atividades de promoção e prevenção, as palestras e conversas com os diferentes grupos de riscos, como crianças, gestantes, hipertensos e diabéticos, idosos.

Tal fato, em nossa opinião, é uma das maiores dificuldades enfrentadas no trabalho da equipe, já que ao concentrar a maior parte do tempo na consulta médica, não existe integração e uma melhor comunicação entre a equipe e a família/comunidade. As atividades de promoção diminuem e as doenças aumentam, já que não existe um trabalho educativo contínuo com a população.

Durante as entrevistas médicas realizadas na consulta é significativo o número de usuários que desconhecem as causas da hipertensão arterial, os fatores de risco, como deve ser o tratamento correto, a dieta que devem realizar.

Semelhantemente ocorre no caso da Diabetes Mellitus e com as enfermidades parasitárias. Os usuários desconhecem as medidas higiênicas, as gestantes não sabem os fatores de riscos da gravidez, a técnica correta da lactância materna, e a possibilidade de conhecer o crescimento e desenvolvimento de seu filho na consulta de puericultura.

Os indivíduos, famílias e a comunidade apresentam lacunas de conhecimento sobre as doenças que os afetam, dessa forma, não possuem recursos para enfrentá-las, sendo vítimas delas.

A melhor estratégia que deve ser adotada e promovida na população é o conhecimento das doenças que os afetam e como enfrentá-las. Para nós, profissionais da saúde, essa é uma meta importante a ser superada. Assim, é necessário elevar o nível de conhecimento da população e diminuir as incidências das enfermidades.

Outra dificuldade que apresentamos está relacionada às reuniões para realizar o planejamento das ações de saúde e discussões de casos clínicos. Isso ocorre devido às limitações mencionadas acima.

O atendimento domiciliar também é outra fragilidade da atribuição das equipes, uma vez que o médico está sobrecarregado. Assim, há pouco tempo para realizar as visitas aos indivíduos, cadastramento das famílias bem como pesquisa de doenças de notificação compulsória.

A escassez dos insumos, como por exemplo, medicamentos ou produtos laboratoriais, prejudicam os diagnósticos e o tratamento correto das doenças. No entanto, todos esses problemas já foram objeto de conversa com a secretaria de saúde de nosso município, e alguns estão em processo de análise, para solucionar, já que são de resolução administrativa.

Em relação à área de abrangência, ainda não há as divisões definidas em nossa unidade, conforme já citado anteriormente. Devido à dificuldade de fixação de profissionais na atenção primária, foi impossível fazer a distribuição das áreas de abrangência por equipe, até o momento.

Com o estímulo do governo federal aos municípios aderirem aos programas de provimento de profissionais, como o Programa Mais Médicos, será possível efetivar a divisão do território por equipe de saúde, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). No momento realizamos o atendimento a toda a população do município.

Segundo o último censo realizado no ano de 2013, o município de Tartarugalzinho possui 13.385 habitantes, 6927 da população urbana e 6458

da população rural. A distribuição da população, segundo idade e sexo é apresentada na figura abaixo.

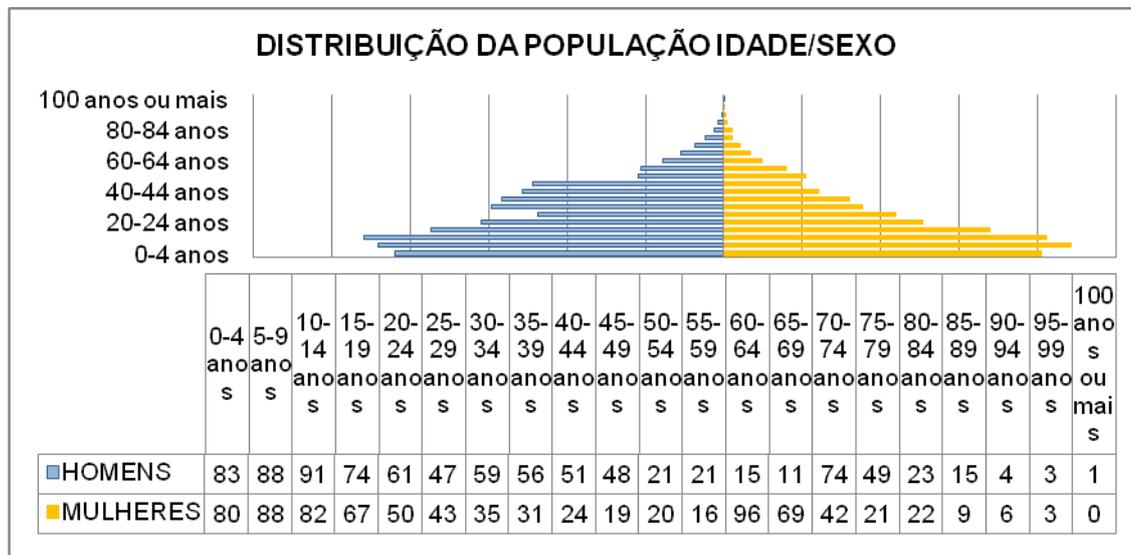


Figura 1: distribuição da população segundo idade e sexo do município de Tartarugalzinho. Fonte: Secretaria de Saúde do município Tartarugalzinho.

Considerando que as equipes não estão completas e que o processo de territorialização não ocorreu na nossa UBS, há um excesso da demanda espontânea. Além disso, soma-se ao fato de um dos médicos realizar assistência no hospital, enquanto o outro na UBS. Assim, todas as pessoas que chegam à UBS e solicitam atendimento somente encontram um médico. Muitas dessas pessoas são procedentes de áreas rurais, distantes e tem que esperar o tempo significativo para ser atendidas.

No entanto, logo que for resolvido o problema relacionado às equipes, adotaremos estratégias para priorizar as pessoas da área rural e ofereceremos atendimento em dois turnos, incluindo o atendimento de programas como HIPERDIA. Esses problemas serão resolvidos rapidamente, quando iniciar a atuação dos médicos que chegaram recentemente.

Em relação à saúde da criança, em nossa UBS há somente ações de vacinação. Na nossa população, as mães não têm hábitos de buscar as consultas de puericultura, elas desconhecem a importância das mesmas e sobre o acompanhamento do crescimento da criança. Elas nunca receberam orientações sobre a continuidade da assistência após o nascimento do bebê.

Vamos resolver essa dificuldade quando oferecermos orientações às mães principalmente por meio dos profissionais de enfermagem, durante a vacinação, já que nessa ação as mães buscam atendimento. Segundo as estimativas do caderno de ações programáticas da UFPel, o número de crianças menores de 1 ano na área de abrangência onde atuo é 69. No entanto, não conhecemos o número de crianças em acompanhamento, pois não há registros. Além disso, a equipe não utiliza protocolos no atendimento nessa área programática.

A atenção ao pré-natal é desenvolvida com melhor qualidade que a atenção à criança. As enfermeiras realizam a primeira consulta à gestante, cadastramento da mesma, indicação dos testes e a avaliação nutricional. Entre as dificuldades, encontramos a ausência de registros, há fragilidade nas ações referente ao planejamento familiar, exames das mamas, do colo de útero, vacinação, palestras e grupos de gestantes. Não há o monitoramento, nem a avaliação dessa ação programática e não utiliza um protocolo específico. Não existem dados sobre o número de estimativas de gestantes em nosso município. Segundo as estimativas do caderno de ações programáticas da UFPel, o número de gestantes da área de abrangência onde atuo é 48.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero e do controle do câncer de mama, as mulheres são acompanhadas na UBS durante todos os dias. A equipe oferece orientações sobre a realização do exame e a importância do mesmo. O exame de mamas é realizado todos os dias durante as consultas e a solicitação da mamografia também é realizada durante as consultas caso que seja necessário, esse teste é realizado fora de nossa Unidade, mas o mesmo é solicitado a cada mulher durante as consultas caso seja necessário, segundo indicado pelo Ministério de Saúde. No caso do Citopatológico se realiza a avaliação nas consultas diariamente e se solicita o teste caso seja necessário, os testes são realizados uma vez na semana. As maiores dificuldades nesse programa estão relacionadas com os registros, prontuários, que não possuem a data do último exame realizado, o resultado do exame e isso gera dificuldade para quantificar e conhecer o perfil das mulheres atendidas nessa área.

Para superar essa fragilidade, já foi orientado inserir nos prontuários e nos registros os resultados desses exames, mesmo se as usuárias realizaram o mesmo em outra instituição e não em nossa UBS. É necessário reorganizarmos o nosso processo de trabalho, inserir ações de prevenção e promoção de saúde para melhorar os indicadores de saúde da comunidade.

Dentro do grupo de doenças crônicas destaca-se os elevados índices de HAS e DM. Há atendimentos do HIPERDIA, apesar da qualidade necessitar de aprimoramento. Por exemplo, não existe um grupo destinado a pessoas com hipertensão. Há a necessidade de formação de vários grupos para realizar atividades de promoção e prevenção, orientar os usuários sobre as causas da doença, tipo de alimentação, tratamento e acompanhamento que devem realizar.

A equipe não tem registro do número de hipertensos e diabéticos no município e nem, segundo equipe por área de abrangência. O único dado que temos conhecimento é da Secretaria Municipal de Saúde. Segundo essa fonte, há 2.358 hipertensos e 674 diabéticos maiores de 20 anos no município. Todos eles são acompanhados na UBS. Na equipe que atuo, segundo esse mesmo cadastro há 126 hipertensos e 62 diabéticos. No entanto, esse cadastro considerou apenas usuários da demanda espontânea e está desatualizado. Além disso, como a nossa equipe está incompleta, com um menor número de ACS, segundo é preconizado pela PNAB, acreditamos que os dados apresentados acima estão subnotificados e não são fidedignos.

Já em relação à estimativa, segundo a planilha da UFPel, considerando a população da área de abrangência da equipe que trabalho com 3.250, o número de hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais é de 494 e 122, respectivamente.

Os usuários tem desconhecimento e em muitas ocasiões não cumprem as orientações, abandonam o tratamento e retornando a nossa consulta com a doença descompensada. Realizar ações de educação em saúde deve ser a nossa prioridade visando reduzir a incidência de hipertensão e diabetes e suas complicações.

Os usuários com hipertensão chegam a nossa UBS e agendam consulta para seu atendimento, mas quando não há vagas, não recebem a data da próxima consulta, ali eles desconhecem quando devem retornar as consulta para o acompanhamento. Há casos de usuários que fazem tratamento um mês e abandonam, não retornam na avaliação e não buscam medicamentos. Eles pensam que o tratamento é somente um mês. Tudo isso acontece por que não sabem corretamente a respeito dessas doenças.

Não existe registro dos usuários com hipertensão e acontece a mesma situação que em outros programas. Nos prontuários dos usuários não constam dados importantes como avaliações da pressão, da glicemia, do peso, avaliação nutricional.

Embora haja na UBS os formulários de cadastramento dos usuários com hipertensão e diabetes, e as cadernetas, não há os protocolos de atendimento, não existe ações programáticas, avaliação desse programa, nem são realizadas atividades de promoção, prevenção com esse grupo. Considerando essas informações, esse foco poderia ser o escolhido pela equipe, visando qualificar a atenção, já que não existe protocolo de atendimento para Hipertensão e Diabetes.

Em relação à saúde dos idosos na nossa UBS não se realiza atendimento específico a esse grupo, ou seja, os idosos que são atendidos chegam a nossa UBS procurando atendimento já que sofrem de alguma doença crônica, mas não como consulta programada para idosos. Não existe protocolo de atendimento, nem ações coletivas focadas para esse grupo específico, não existe registro dos idosos atendidos, nem se realizam atividades educativas com essas pessoas. Encontramos deficiências também nas informações oferecidas pelos ACS. Estes desconhecem as residências das pessoas acamadas que possuem dificuldade parcial ou total para se locomover até a UBS.

Segundo o Caderno de Ações Programáticas, a estimativa do número de idoso é de 686. Mas nos últimos dados oferecidos pela secretaria de saúde do nosso município, no ano de 2013 o número de idoso foi de 703 pessoas.

Na nossa UBS, conforme já foi mencionado acima, as equipes ainda não estão trabalhando, devido às dificuldades relacionadas com a existência de um baixo número de profissionais. Esta situação dificulta o atendimento em todos os grupos de risco e logicamente o atendimento da pessoa idosa também é prejudicado.

Também temos muitas pessoas idosas nas comunidades que são atendidas por nossa UBS, mas aqui o atendimento se dificulta ainda mais, considerando a distância dessas comunidades. Nesse caso a UBS realiza ações programáticas de visita a essas comunidades com a equipe. No entanto, o atendimento médico, estomatológico, vacinação não é suficiente para realizar essas ações a cada 2 ou 3 meses devido à demanda elevada de atenção médica por esse grupo de pessoas.

Na UBS estamos sugerindo que todos os ACS localizem em suas áreas as pessoas maiores de 60 anos, para ser visitadas e criar com eles diferentes grupos de pessoas idosas que paulatinamente todos os ACS acompanharia a UBS a cada 15 dias, onde receberiam atividades de promoção e prevenção das diferentes doenças e problemas mais frequentes nessa idade.

A maioria dos idosos consome algum tipo de medicamento para controle das doenças crônicas, ocasionando custos, às vezes elevados pelas quantidades de medicamentos que devem adquirir ou que são dados pela UBS. É significativo o gasto econômico para o usuários e sua família ou para nossa UBS.

Por essas razões, consideramos que esse grupo da pessoa idosa está precisando de um atendimento prioritário, de qualidade e que ajude a reduzir a incidência elevada de doenças, a evitar as complicações, melhorar o nível de conhecimento sobre a doença, e assim, conseguir que as pessoas idosas cheguem a essa idade com melhor qualidade de vida.

Os problemas anteriormente descritos podem ser superados a partir da qualificação da equipe para esta diagnosticar problemas e doenças, realizar ações de intervenção para encontrar solução e ajudar a melhorar a qualidade da atenção de saúde. É necessário cumprir com as diretrizes e objetivos do

Ministério da Saúde e brindar uma atenção universal, sem discriminação e com qualidade.

Quando analisamos todos os problemas descritos temos uma visão ampliada de onde estão as maiores dificuldades de nosso município e nossa UBS, em relação à saúde. Muitos desses problemas não são referentes a falta de material, são de resolução educativa.

Nós acreditamos ter um grande desafio para reorganizar nossos serviços, criar nossas equipes de trabalho, tentar que cada equipe esteja completa e ativa, e começar a implantar ações coletivas de acordo com as principais doenças e agravos identificados na comunidade para realizar ações de promoção, prevenção, e troca de experiência entre os usuários e dessa forma, elevar o conhecimento deles em relação a suas doenças.

Também é muito importante realizar a qualificação da prática clínica com os profissionais de saúde, por meio de treinamentos e capacitações, visando multiplicar os principais protocolos do MS, para melhorar a qualidade da atenção e reduzir a incidência de enfermidades, complicações e obter um melhor registro das informações.

1.1 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório de Análise Situacional

A chegada de mais médicos a nossa UBS vai permitir a reorganização das equipes e o início do trabalho de cada uma com sua população específica, melhorando o trabalho com os diferentes grupos de risco, doenças crônicas, visitas domiciliar, ou seja, efetivar na prática as orientações e os programas do MS.

Com o trabalho desenvolvido durante o curso, podemos identificar os problemas existentes na UBS que não tínhamos conhecimento previamente. Agora que já identificamos as dificuldades, as fortalezas e as fragilidades, poderemos planejar as possíveis soluções.

Considero que o relatório da análise situacional é um documento que coleta de forma organizada os dados obtidos durante as semanas do curso. Ele

é rico em dados de nossa UBS que mostram as características da unidade, das equipes, revela a situação da saúde em nossa área, onde estão os principais problemas que devem ser resolvidos e a onde devemos dirigir nossas ações de saúde. Apesar de alguns dados estarem incompletos, foi possível analisar alguns indicadores.

Realmente encontramos problemas em todos os fatores que interferem no processo da atenção da saúde da família na atenção primária, dificuldades estruturais da unidade, problemas na organização das equipes e na aplicação e cumprimento incorreto dos programas orientados pelo MS que indica as diretrizes a seguir para o atendimento dos diferentes grupos de risco.

Em nosso caso, temos dificuldades com o trabalho educativo, de promoção e prevenção que a nosso critério esta é uma das grandes dificuldades. Ademais, apresentamos um elevado índice de doenças crônicas entre elas à hipertensão arterial, muito frequente em nossa área, sobretudo em pessoas idosas.

2 Análise estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública no Brasil e afeta 25% da população brasileira (BRASIL, 2013). A Diabetes Mellitus (DM) é também considerada, atualmente, como um dos principais problemas de saúde a nível mundial (BRASIL, 2013). A importância da escolha da ação programática está dada pelo risco que tem as pessoas de 20 anos e mais em nossa comunidade, de sofrer destas enfermidades ou suas complicações.

Por esta razão, para os profissionais da saúde, a HAS e a DM têm um grande interesse clínico, epidemiológico e social, pelos grandes efeitos que ocasiona sobre a saúde, a longevidade e as atividades trabalhistas e sociais do usuários, que repercutem sobre ele mesmo, a família e a sociedade (BRASIL, 2013).

Nossa UBS está localizada no Município Tartarugalzinho, encontra-se em reconstrução e por esse motivo estamos prestando atendimento em unidade provisória. A UBS oferece atendimento à população tanto da área urbana e rural, possui uma área adscrita cuja população total é de 13.385 pessoas e consta de quatro equipes de saúde que não estão completas por dificuldades com recursos humanos e portanto não estão trabalhando na maior parte da semana. Essas pessoas realizam ações pontuais. Por isso, o nosso foco de intervenção serão apenas os usuários hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais da área de abrangência da equipe onde atuo.

A equipe com quem trabalho é responsável por uma população de 3.250 habitantes, sendo que alguns residem na área urbana e outros na área rural. O número de pessoas com 20 anos ou mais, segundo a estimativa da planilha da UFPel é de 2.177. Entre estes, 494 e 122 apresentam hipertensão e diabetes, respectivamente (BRASIL, 2013). Esta intervenção será um desafio para nossa UBS e a equipe de trabalho, já que mais que vantagem, encontraremos muitas dificuldades para o desenvolvimento e cumprimento do mesmo.

Algumas possíveis dificuldades que encontraremos estão relacionadas com a significativa distância entre a unidade de saúde e as residências de grande parte da população alvo e com o baixo nível sociocultural dessa população. Quanto a nossa fortaleza, contaremos com a ajuda de todo o pessoal da unidade e da equipe para o desenvolvimento da intervenção.

Especificamente para a HAS e a DM, modificar alguns fatores de risco como alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo podem ser estimuladas no âmbito da atenção básica de saúde, mediante ações de promoção e prevenção, minimizando sua progressão e complicações e reduzindo a morbimortalidade por tais doenças (BRASIL, 2015).

Além dessas ações de promoção, o impacto da intervenção também será refletido no aumento de usuários cadastrados, a criação do registro de HIPERDIA, melhoramento da qualidade da consulta com avaliação integral dos usuários e do risco cardiovascular, a identificação dos usuários que não formam o grupo de risco e não recebem acompanhamento em nossa UBS, ou

seja, a qualificação da atenção integral aos usuários será a principal importância de nosso trabalho.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes da UBS José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

2.2.3 Metas

Para cada objetivo específico, há diferentes metas, conforme é possível verificar abaixo:

1. Cobertura
 - 1.1 Cadastrar 50% dos hipertensos e 65% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
2. Qualidade
 - 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados no programa.
 - 2.2 Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
 - 2.3 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.4 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos

3. Adesão

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

4. Registro

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

5. Avaliação

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

6. Promoção de saúde

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

6.2 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos e diabéticos.

6.3 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% hipertensos e diabéticos.

6.4 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos.

2.3 Metodologia

2.3.3 Ações (incluindo detalhamento)

Com o objetivo de melhorar a cobertura, os usuários com hipertensão e diabetes receberão atendimento todos os dias em dois períodos. O atendimento será realizado por meio de demanda espontânea ou agendamento de consulta, pelas técnicas de enfermagem. Estas, a recepcionista e outros profissionais da equipe realizarão o acolhimento e a triagem. Além disso, o médico e o enfermeiro realizarão um cadastro bem como um registro, por meio de visitas domiciliares, e caso for identificados alguma pessoa com HAS e DM, esta será encaminhada para uma consulta com os profissionais do serviço. Constará no registro dados gerais dos indivíduos e a data da assistência e da

consulta, o que permitirá monitorar o cumprimento das consultas dos usuários. Para isso ocorrer, a direção da UBS e a Secretaria de Saúde garantirão o material para realizar a aferição da pressão arterial e o hemoglicoteste. Todos os membros da equipe informarão a comunidade sobre a importância dessa ação programada por meio de cartazes que serão fixados nos equipamentos sociais e na UBS, visitas domiciliares, palestras e meios de comunicação, tal como o rádio. Quanto à qualificação da prática clínica, o médico e o enfermeiro programarão os encontros com toda a equipe, com o intuito de todos se apropriarem das ações e dos temas que serão desenvolvidos no momento da intervenção. Começaremos as capacitações com informações gerais das doenças, características, promoção e prevenção. Para isso nos basearemos fundamentalmente nas informações dos cadernos 36 e 37 de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial do Ministério de Saúde 2013. Também será realizada qualificação sobre cadastro e registro dos usuários, monitoramento das consultas, e especificamente com a enfermeira realizaremos a capacitação sobre a avaliação do risco cardiovascular.

Visando melhorar a qualidade da atenção aos indivíduos com HAS e DM, o médico e o enfermeiro realizarão uma avaliação integral, incluindo a avaliação do risco cardiovascular, e o monitoramento do acesso aos medicamentos da farmácia popular, durante as consultas. Toda a equipe, por meio das reuniões, definirá as atribuições de cada um no exame clínico. Para informar a comunidade acerca dos riscos e complicações da HAS e DM, a equipe realizará palestras bem como divulgação dessas informações nos equipamentos sociais da comunidade.

Para melhorar os registros das informações, o enfermeiro e médico realizaram o monitoramento dos registros e nas reuniões de equipe será avaliada a qualidade dos mesmos. Os técnicos de enfermagem atualizarão as informações no sistema e serão enviadas ao departamento de informática da secretaria de saúde do município, onde são recolhidas as informações estatísticas do nosso município, com a finalidade de manter atualizados os dados em relação a esse grupo de risco. No que tange ao engajamento público, por meio de palestras e ações de educação em saúde, a equipe informará aos usuários sobre o direito dos segundos em manter os registros de

saúde e de ter acesso a segunda via, se necessário. Quanto à qualificação da prática clínica, toda a equipe receberá as devidas orientações proporcionadas pelo médico e o enfermeiro, antes da intervenção e durante, se necessário.

Com o objetivo de mapear os usuários de risco para doença cardiovascular, o médico e o enfermeiro realizarão o monitoramento do número de usuários com pelo menos uma estratificação de risco por ano, além de priorizar o atendimento daqueles com maior risco. Já os técnicos de enfermagem organizarão a agenda para o atendimento dessa demanda no mesmo dia. Toda a equipe será capacitada, durante as reuniões de equipe, pelo médico e pelo enfermeiro, para desenvolver as ações acima durante a intervenção.

Para promover a saúde dos indivíduos com hipertensão e diabetes, a equipe realizará, semanalmente, ações coletivas e de educação em saúde na UBS e na comunidade. Nesses momentos serão abordados temas relacionados à prevenção da HA e DM e de higiene bucal. A equipe agendará uma reunião com o gestor, visando esclarecer a situação da compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”. Para reforçar a intersetorialidade nessas ações, o presidente do conselho de saúde, a diretora da UBS, a secretária de saúde, a assistência social e a diretora da escola serão convidadas para participarem de uma reunião com a equipe com o intuito de envolver os profissionais dos diferentes serviços para fortalecer os diferentes setores da comunidade em nossa intervenção, já que muitas das atividades de promoção e prevenção serão desenvolvidas na UBS, escolas e áreas desportivas.

2.3.2 Indicadores

Meta 1 do objetivo 1: cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da área de abrangência da equipe.

1.1: cobertura do programa de atenção ao hipertenso na área de abrangência da equipe.

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

Denominador: número total de hipertensos residentes na área de abrangência da equipe.

Meta 2 do objetivo 1: cadastrar 65% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da área da equipe.

1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na área da equipe.

Numerador: número de diabéticos residentes na área de abrangência da equipe cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da areada equipe.

Denominador: número total de diabéticos residentes na área de abrangência da equipe.

Meta 1 do objetivo 2: realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.1 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 da área cadastrados no programa.

Meta 2 do objetivo 2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

2.2 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 da área cadastrados no programa.

Meta 3 do objetivo 2: garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Denominador: número total de hipertensos cadastrados no programa.

Meta 4 do objetivo 2: garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Denominador: número total de diabéticos da área cadastrados no programa.

Meta 5 do objetivo 2: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na área de abrangência da equipe.

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos cadastrados no programa.

meta 6 do objetivo 2: priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na área de abrangência da equipe.

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

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

Denominador: número de diabéticos cadastrados no programa.

Meta 7 do objetivo 2: realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

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

Denominador: número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da equipe.

Meta 8 do objetivo 2: realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

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

Denominador: número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da equipe.

Meta 1 do objetivo 3: buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Denominador: número total de hipertensos faltosos às consultas, inscritos no programa e pertencentes à área da equipe.

Meta 2 do objetivo 3: buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Denominador: número total de diabéticos faltosos às consultas inscritos no programa e pertencentes à área da equipe.

Meta 1 do objetivo 4: manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na área de abrangência da equipe.

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

Numerador: número de hipertensos cadastrados na área de abrangência da equipe com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área da equipe.

Meta 2 do objetivo 4: manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na área de abrangência da equipe.

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

Numerador: número de diabéticos cadastrados na área de abrangência da equipe com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área da equipe.

Meta 1 do objetivo 5: realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na área da equipe.

5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: número de hipertensos cadastrados na área da equipe com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área da equipe.

Meta 2 do objetivo 5: realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na área de abrangência da equipe.

5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: número de diabéticos cadastrados na área de abrangência da equipe com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: número total de diabéticos da área da equipe cadastrados no programa.

Meta 1 do objetivo 6: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

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

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

Denominador: número de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área da equipe.

Meta 2 do objetivo 6: garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

6.2 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: número de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área da equipe.

Meta 3 do objetivo 6: garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

Denominador: número de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área da equipe.

Meta 4 do objetivo 6: garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

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

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

Denominador: número de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área da equipe.

Meta 5 do objetivo 6: garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

Denominador: número de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área da equipe.

Meta 6 do objetivo 6: garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos

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

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

Denominador: número de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área da equipe.

Meta 7 do objetivo 6: garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: número de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área da equipe.

Meta 8 do objetivo 6: garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: número de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área da equipe.

2.3.3 Logística

Para atingir os objetivos propostos em nossa intervenção de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus se utilizará como protocolo o Caderno de Atenção Básica n.36 “Atenções ao Diabetes Mellitus” e Caderno de Atenção Básica n.37, “Hipertensão Arterial”, ambos do Ministério da Saúde, 2013. O

médico e a enfermeira vão utilizar a ficha espelho fornecida pelo curso para a coleta de todos os dados (ANEXO A). Essa ficha constituirá o Registro Específico da investigação. Outros dados serão obtidos a partir dos prontuários. Estimamos alcançar com a intervenção 247 hipertensos que representam 50% dos hipertensos de nossa área e 73 diabéticos que representam 65%. Realizaremos reuniões com a Secretária de Saúde para a disposição das quantidades de fichas necessárias, tendo em conta a existência das duas doenças em um mesmo indivíduo. Todos os dados serão convertidos numa planilha eletrônica de coleta de dados (ANEXO B), que constituirá o registro final, mediante o qual se realizarão o acompanhamento mensal da intervenção.

A organização do registro específico do programa será realizada pela enfermeira, que revisará e completará todos os dados dos usuários hipertensos e diabéticos atendidos durante quatro meses, apoiada pelas informações dos prontuários.

A recepcionista realizará o agendamento e ofertará o primeiro acolhimento dos usuários. As técnicas de enfermagem realizarão a triagem e o registro dos usuários. O médico e o enfermeiro realizarão as consultas com avaliação clínica integral, considerando todos os aspectos a monitorar. Os ACS realizarão a identificação de usuários hipertenso e diabéticos da área de abrangência, além da visita domiciliar com o objetivo de incorporar os usuários na nossa UBS. Todos os integrantes participarão das ações de promoção e prevenção. Em relação à disponibilização de protocolos atualizados, este serão solicitado na Secretaria de Saúde pelo enfermeiro.

Em relação às ações de monitoramento e avaliação, semanalmente o médico e a enfermeira durante as reuniões junto a toda a equipe examinarão as fichas-espelho dos hipertensos e diabéticos, identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, avaliação do risco cardiovascular, avaliação odontológica e exames laboratoriais em atraso. Mediante a entrevista médica conheceremos os usuários que conseguirão adquirir seus medicamentos na farmácia popular. Os agentes comunitários de saúde farão busca ativa de todos os usuários em atraso. O ACS indicará aos usuários se dirigir a UBS para agendamento em consulta, que será feito pelas técnicas de enfermagem,

no horário de atendimento. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica. Os responsáveis serão médicos e enfermeira.

Quanto às ações de organização e gestão do serviço, os usuários serão acolhidos pela recepcionista e posteriormente as técnicas de enfermagem. Será realizada uma escuta qualificada das necessidades dos usuários, bem como o agendamento das consultas. Serão reservadas três consultas semanais no turno da tarde para os usuários recuperados pelos ACS durante a busca ativa. As urgências médicas serão atendidas com prioridade. Os responsáveis serão a recepcionista e técnicas de enfermagem.

Faremos contato com a diretora da UBS e secretaria de saúde para garantir o material necessário para a tomada da pressão arterial e o teste de glicose. Assim mesmo serão recomendada ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do tabagismo. O contato será feito por a enfermeira e corresponde a UBS e secretaria garantir o material.

Os usuários avaliados como alto risco receberão um atendimento priorizado durante o mesmo horário das consultas. Serão realizados o agendamento pelas técnicas de enfermagem e as consultas por médico e enfermeira.

As informações serão atualizadas no sistema e serão enviadas semanalmente ao departamento de informática da secretaria de saúde. A técnica de enfermagem será a responsável. O monitoramento da qualidade dos registros será realizado pela enfermeira semanalmente.

Ao início da intervenção durante a primeira capacitação serão explicadas as funções e responsabilidades de cada membro da equipe e de cada profissional que participará de intervenção. O médico e a enfermeira serão os responsáveis por essa orientação.

Os responsáveis das coordenações serão médicos e enfermeira, a equipe será responsável de oferecer as informações à comunidade, ou seja toda a equipe participará nas ações de promoção e prevenção.

Durante o processo da consulta, conversas, palestras, boca a boca, serão oferecidas aos usuários os direitos que tem os usuários de ter acesso a

seus registros. Toda a equipe será responsável por oferecer essa informação aos usuários.

Os responsáveis da capacitação serão médicos e enfermeira.

2.3.4 Cronograma

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.

Nossa intervenção iniciou no final do mês de agosto de 2014. Considerando os significativos dados de morbimortalidade da população da área de abrangência da equipe bem como a necessidade de (re)organizar o processo de trabalho da equipe no programa de HAS e DM, a ação programática dessas doenças foi escolhida como foco da intervenção.

A maior parte das ações previstas no projeto foi realizada integralmente. Aquelas que foram realizadas parcialmente ou não realizadas serão comentadas logo abaixo.

É importante destacar que ao longo da construção do projeto de intervenção e da sua realização as outras equipes que compuseram a unidade de saúde estavam incompletas ou ainda não estavam habilitadas e dessa forma não foi possível incluí-las. Assim a intervenção contemplou apenas as pessoas que residiam na área de abrangência da equipe que atuou.

Entre os aspectos que facilitaram o desenvolvimento das ações encontram-se a adequada e contínua preparação de toda a equipe antes de iniciar a intervenção, a participação de todos os profissionais da equipe nas atividades, a elaboração do cronograma junto com os gestores da UBS e da Secretaria de Saúde e a colaboração dos mesmos e da comunidade. Além disso, após o início da intervenção, todo dia de manhã a equipe se reunia para analisar a situação atual da intervenção e solucionar as dificuldades que aconteceu.

O apoio dos gestores proporcionou o encaminhamento de algumas tarefas como a divulgação do programa de rastreamento, por meio da elaboração e fixação de cartazes e anúncios na rádio do município e foi

possível realizar ações com a presença dos professores de educação física das escolas assim como de outras instituições como, por exemplo, a associação de idosos onde até utilizamos ambientes dessa instituição para desenvolver nossas palestras.

Com ajuda de todos os fatores conseguimos uma parceria ativa na comunidade, reforçando e valorizando a intersetorialidade nas ações de promoção e prevenção da saúde, atividade esta que foi realizada durante toda a intervenção por todos os membros da equipe.

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.

Nós também apresentamos dificuldades, algumas não esperadas, o que ocasionou o cumprimento parcial de algumas atividades prevista na intervenção. Por exemplo, em algumas semanas, a equipe não tinha o profissional de educação física. Para superar esse problema contamos com a ajuda da associação de idosos e sua professora que concordou em participar do nosso programa, possibilitando a continuidade das atividades.

Outra dificuldade estava relacionada com a impossibilidade dos usuários para chegar à nossa UBS, devido a construção que estava ocorrendo. No entanto, após o apoio da prefeitura, os usuários foram transferidos para a UBS e receberam as consultas.

Os feriados, as férias de alguns membros da equipe, os cursos programados pela Secretaria Estadual de Saúde, as reuniões e encontros de secretários de saúde interferiram nas atividades programadas, como por exemplo, a busca ativa dos usuários faltosos as consultas. Algumas dessas horas foram recuperadas em horário extra laboral.

Em algumas ocasiões contamos com ajuda de outras enfermeiras e profissionais de saúde, temporariamente, durante as férias de alguns colegas da equipe. Mas essa ajuda também foi inconstante e embora houvesse esforço

realizado pela equipe e a ajuda de outras colegas da UBS e pessoas da comunidade algumas metas não conseguiram ser alcançadas.

Um fato interessante ocorreu na ação de prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. Muitos usuários já estavam com o tratamento indicado por outros médicos e referiram que estavam controlados, o qual foi comprovado nas consultas. Outros usuários referiram que não concordavam em fazer o uso de medicamentos da farmácia popular, pois referiram apresentar reações adversas em tratamentos anteriores.

A essas dificuldades, somam-se outras como a ausência em nosso município de Farmácia Popular. Os usuários precisam viajar até outras comunidades próximas para adquirir os medicamentos, pois apesar de que nossa UBS tenta manter o abastecimento de esses fármacos, tem ocasiões que os remédios acabam. Por esses motivos alguns usuários não aceitaram os indicativos de fármacos de HIPERDIA.

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

Nós não encontramos dificuldades durante a coleta e a sistematização dos dados nem no preenchimento da planilha e no cálculo dos indicadores. A equipe recebeu uma capacitação prévia para manejar e preencher adequadamente as planilhas de coleta de dados. Além disso, diariamente solucionávamos as dúvidas e semanalmente verificávamos os instrumentos utilizados, mediante o monitoramento planejado pela equipe.

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.

Todas as ações foram incorporadas na rotina de trabalho do serviço e há a viabilidade das mesmas permanecerem, mesmo após a finalização do curso.

Consideramos que para realizar as mesmas de forma efetiva é necessário incorporar essas ações às outras equipes de trabalho, completar as equipes de saúde de acordo com o número de enfermeiras e ACS, segundo é preconizado pelas diretrizes do SUS, capacitar, periodicamente, os profissionais para participar em atividades de orientação, promoção e prevenção das doenças crônicas, assim como dar continuidade no registro adequado dos usuários nas fichas de acompanhamento.

Consideramos que nossa secretária de saúde, prefeitura e outros setores devem juntos com as autoridades estaduais de saúde avaliar as possibilidades de providenciar ao nosso município farmácias populares e laboratório clínico, para garantir aos usuários os medicamentos e testes necessários para o controle e avaliação sistemática das doenças, assim como garantir a existência constante de medicamentos. Também consideramos que é importante realizar ações com frequência que incorporem outras especialidades que permitam a avaliação dos usuários com doenças crônicas, por exemplo, especialistas em oftalmologia, importante avaliação para os diabéticos. Essa iniciativa começará em nosso município nos próximos meses.

Finalizamos assim nosso relatório com muitas metas e objetivos para melhorar a saúde do município, também muitas dificuldades e obstáculos, mas com a certeza que com união, esforço e espírito de trabalho conseguiremos vencer.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nossa intervenção teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários maiores de 20 anos com hipertensão e diabetes da UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho - AP.

O município possui uma população de 13.385 pessoas, a UBS oferece serviço a todo o município. Nossa intervenção foi realizada durante um período de 16 semanas, apenas na área de abrangência da equipe, uma vez que as outras equipes não existiam na prática e não estavam completas.

A equipe que atua em uma população de 3.250 pessoas. Destas, 2.177 são maiores de 20 anos, sendo que 494 hipertensos e 122 diabéticos segundo as estimativas dos cadernos de ações programáticas. Utilizaram como base para os cálculos dos indicadores esses dados, pois o cadastro que a secretaria municipal da saúde apresentava não era fidedigno nem atualizado.

O número total de hipertensos com 20 anos ou mais acompanhados no programa de atenção à HAS e residentes na área de abrangência da equipe, em cada mês da intervenção foi, respectivamente, 36 (7,3%), 64 (13,0%), 83 (16,8%) e 117 (23,7%). Já em relação ao programa de diabetes, o número total de acompanhados foi respectivamente 16 (13,1%), 23 (18,9%), 27 (22,1%) e 38 (31,1%), respectivamente.

Antes do início da intervenção, as metas de cobertura estabelecidas para o programa de atenção ao hipertenso e diabetes foram 50% e 65%, respectivamente. Conforme é possível observar na figura 2 e 3, essas metas não foram atingidas.

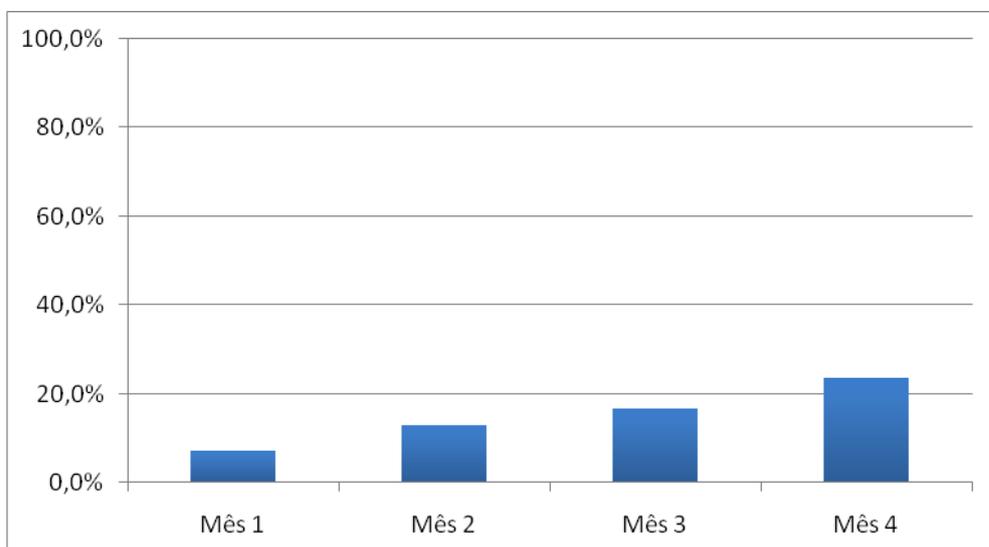


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

FONTE: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel.

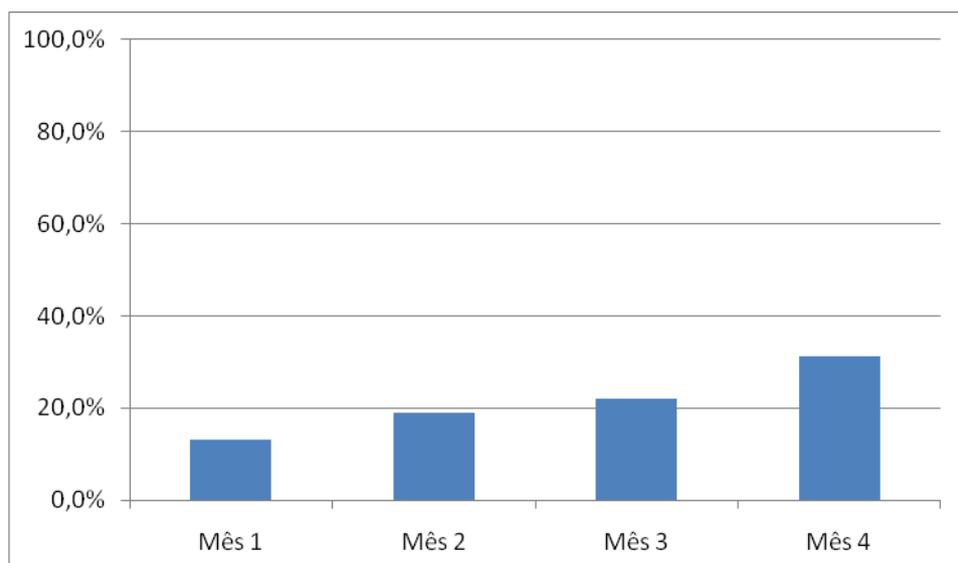


Figura 3: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

FONTE: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel.

A divulgação do programa por diferentes meios, o acolhimento e registro adequado dos usuários, a capacitação de toda a equipe para o atendimento, a busca de usuários faltosos as consultas por toda a equipe, o apoio recebido pela secretaria de saúde e a prefeitura para o traslado dos usuários, a recuperação de horas extra laboral, foram algumas das ações que ajudaram a realizar o cadastro e o atendimento dos usuários.

No entanto, encontramos dificuldades que impediram alcançar a meta de cobertura nos diabéticos tais como, equipe incompleta, feriados durante a intervenção, reuniões, cursos orientados pela secretaria municipal e estadual de saúde, instabilidade dos moradores, inclemências do tempo e dificuldades com o acesso à UBS por reparações nas vias.

Consideramos que para ampliar a cobertura será necessário reestruturar a equipe garantindo a composição mínima das equipes segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), assegurar o cumprimento da carga horária, recuperando as horas afetadas por cursos e reuniões, continuar com a educação permanente a toda a equipe e vinculando a este e aos setores da comunidade no processo de divulgação do programa de rastreamento, aumentar as visitas domiciliar, busca ativa de usuários faltosos e levar atenção

a usuários com dificuldade motora. Manter os registros atualizados de forma sistemática e melhorar a qualidade é outras das tarefas a realizar para aumentar a cobertura nos programas.

Para os indicadores de qualidade, todas as metas estabelecidas foram de 100%. No programa de atenção à HAS o número de usuários que realizaram exame clínico apropriado ao longo da intervenção, no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês foi, respectivamente, 36 (100%), 64 (100%), 83 (100%) e 117 (100%).

No programa de atenção à diabetes, os resultados obtidos foram 16 (100%), 23 (100%), 27 (100%) e 38 (100%), no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente.

Esses resultados foram obtidos graças à avaliação sistemática das ações da intervenção, que incluíam a qualidade das consultas com exame físico completo e avaliação do risco cardiovascular, provendo assim um atendimento integral, contínuo e organizado nas consultas. Desenvolver ações educativas para informar à população acerca da importância das consultas integrais foram estratégias realizadas para o fortalecimento dos conhecimentos da população sobre as doenças Crônicas.

A meta garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia, de acordo com o protocolo, não foi alcançada.

No programa de atenção à HAS, no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente, 20 (55,6%), 26 (40,6%), 34 (41,05) e 53 (45,3%) dos hipertensos apresentavam exames complementares em dia, de acordo com o protocolo (Figura 4).

No programa de atenção à diabetes, segundo o figura 5, essa meta reduziu ao longo do tempo. No primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente, apenas 11 (68,8%), 14 (60,9%), 16 (59,3%) e 21 (55,3%) dos usuários estavam com o exame complementar em dia, de acordo com o protocolo.

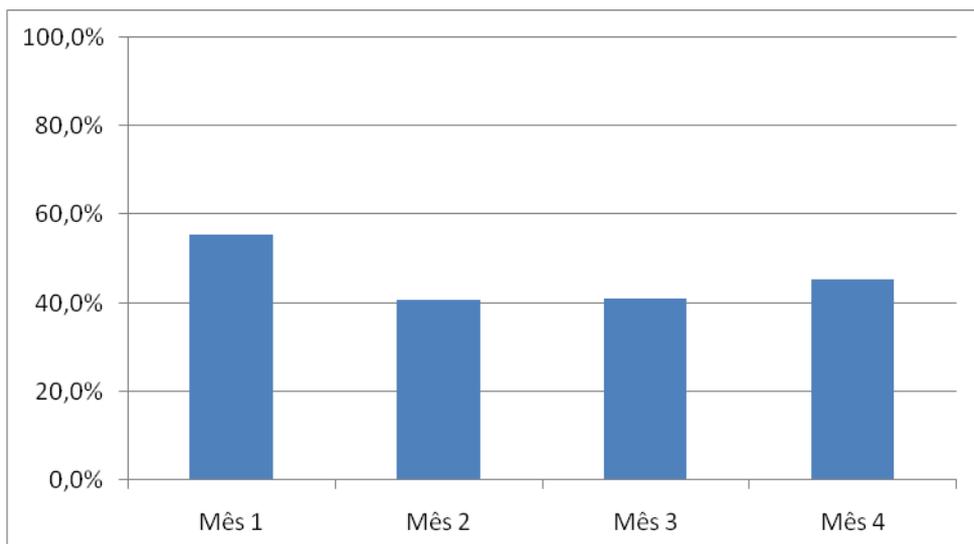


Figura 4: proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

FONTE: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel.

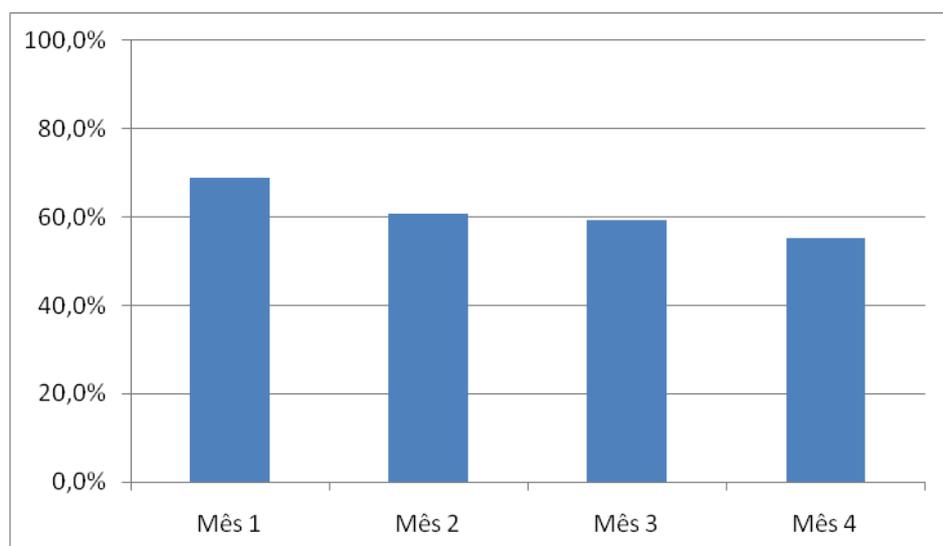


Figura 5: proporção dos diabéticos com exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.

FONTE: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel.

Essas metas não foram alcançadas porque nossa UBS não possui um local adequado para a realização de exames laboratoriais nem insumos necessários para realizar os testes. Isso leva os usuários a realizar seus testes

nos serviços particulares, os quais possuem elevado custo e dessa forma, não podem ser realizados por muitos usuários. Acreditamos que tal fato é a principal dificuldade para alcançar essa meta.

A equipe recebeu ações de qualificação de sua prática clínica, especificamente no que se refere a realização do hemoglicotestes. Além disso, todos se esforçaram visando garantir a solicitação dos exames complementares durante as consultas e coordenar com o gestor municipal a possibilidade da realização dos testes e manter sinal de alerta para o resultado dos mesmos.

Foi possível realizar os testes rápidos de glicose, já que nossa UBS possui esse serviço. Em relação aos exames complementares não conseguimos alcançar as metas propostas, pois nossa UBS não apresenta esse serviço de laboratório e também não foi possível estabelecer fluxo e protocolos que proporcionasse acesso a outros centros de referência. Consideramos que é necessário a disponibilização de um espaço físico adequado nas UBS e garantir os insumos de laboratório necessários para realizar os testes segundo protocolo.

Para a prescrição de medicamentos da farmácia popular houve aumento deste indicador ao longo dos 4 meses de intervenção. No primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, o número de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular foi, respectivamente, 30 (90,9%), 58 (95,1%), 77 (96,3%) e 111 (97,4%) (figura 6), enquanto o número de diabéticos foi 14 (87,5%), 21 (91,3%), 25 (92,6%) e 36 (94,7%), no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente (Figura 7). Apesar de não termos alcançado os 100% os resultados foram positivos.

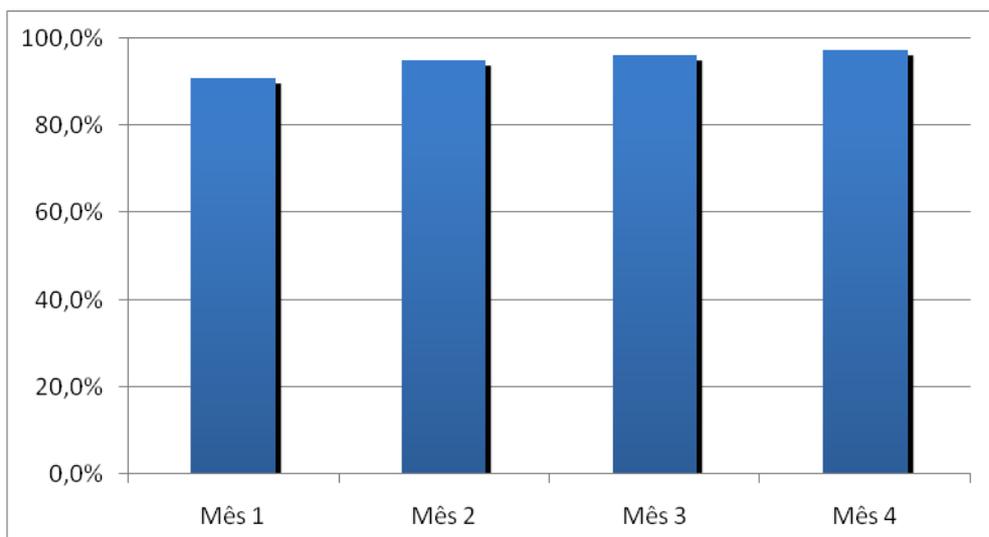


Figura 6: proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada.

FONTE: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel.

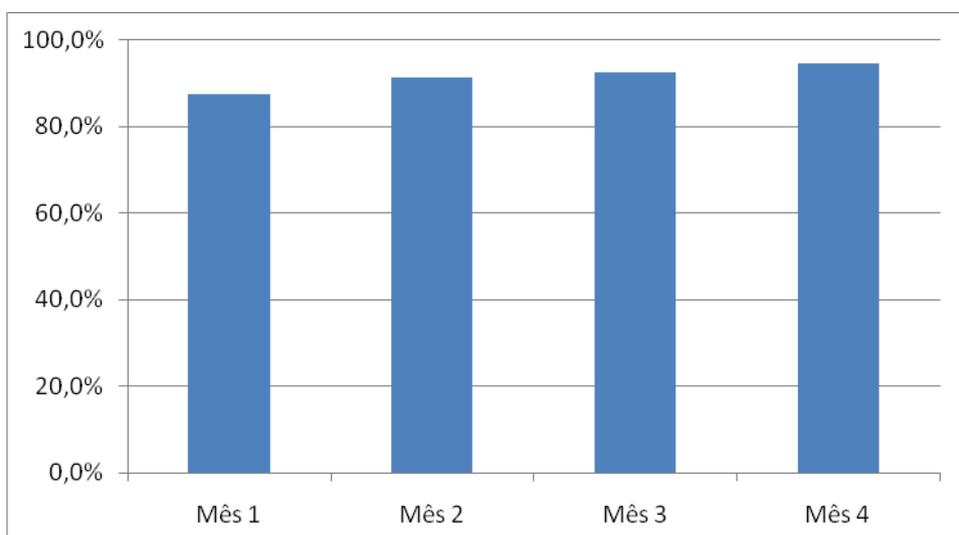


Figura 7: proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada.

FONTE: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel.

A prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia não foi atingida já que nosso município não possui esse serviço e muitos usuários não

estão com possibilidade de se locomover ao município mais próximo para adquirir os medicamentos.

É relevante pontuar que muitos usuários também faziam uso de medicamentos prescritos por outros profissionais e que não pertenciam aqueles da farmácia popular/hiperdia e sentiam se controlados. Isso foi observado durante as nossas consultas, outros referiam não utilizar remédios farmacológicos para controlar sua pressão.

Para melhorar essa meta será necessário garantir os medicamentos da farmácia popular/hiperdia em nossa UBS e realizar ações de educação em saúde sobre a utilização dos medicamentos no controle da hipertensão e diabetes, se necessário. No futuro será necessário criar uma estrutura que garante esse serviço no município.

A meta realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos foi atingida.

No primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, o número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, foi, respectivamente, 36 (100%), 64 (100%), 83 (100%) e 117 (100%). Já o número de diabetes nesses meses foi, 16 (100%), 23 (100%), 27 (100%) e 38 (100%), respectivamente.

A meta buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, foi alcançada apenas em relação aos usuários com diabetes.

Neste, os resultados obtidos, durante o primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, foram 4 (80%), 15 (93,8%), 6 (100%) e 5 (100%), respectivamente. Quanto aos usuários com hipertensão faltosos às consultas, 10 (90,9%), 42 (91,3%), a busca ativa foi realizada em esses usuários, de um total de 46 faltosos, quando nossa intervenção já abrangia um atendimento de 64 usuários entre o primeiro e segundo mês, no terceiro mês, 13 (92,9%) e no quarto mês 22 (95,7%) receberam busca ativa (Figuras 8 e 9).

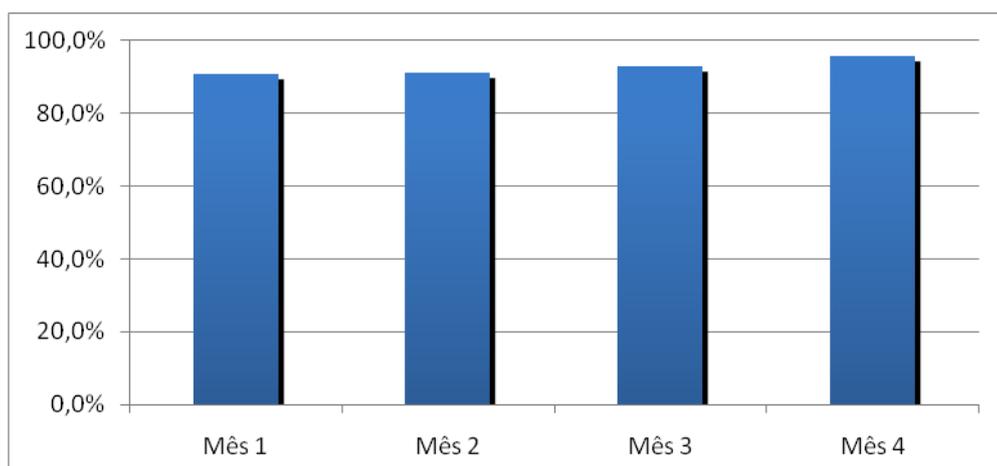


Figura 8: proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

FONTE: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel.

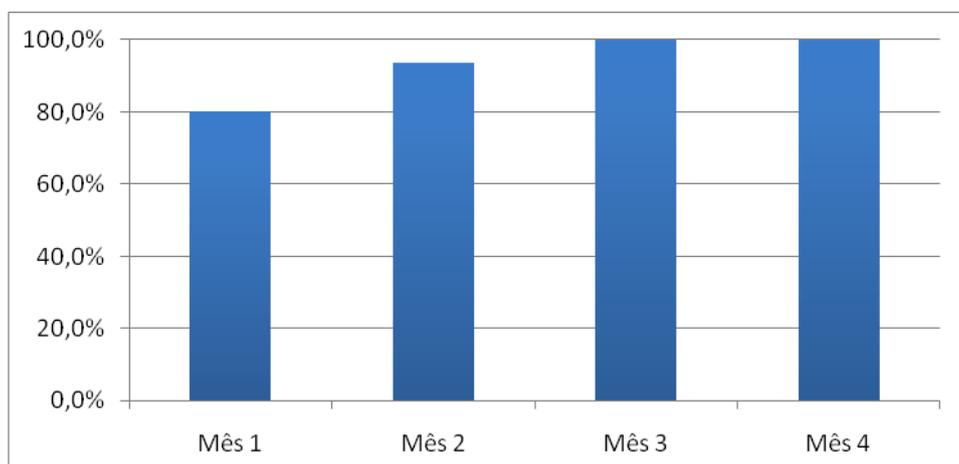


Figura 9: proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

FONTE: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel.

Em relação a busca ativa de usuários faltosos não se conseguiu alcançar essa meta provavelmente devido não apenas a equipe não estar completa, mas também pelo significativo fato dos trabalhadores estarem de licença saúde e/ou outros problemas pessoais, tais como capacitação e reuniões na secretaria municipal e estadual de saúde. Essa meta também foi dificultada pela não fixação dos moradores nas suas residências.

O trabalho em equipe, com apoio dos diversos setores da comunidade, o apoio dos moradores da mesma área, a divulgação da ação programática

explicando à comunidade e a importância do acompanhamento periódico, a programação das visitas domiciliares e da agenda de acolhimento, facilitou o desenvolvimento dessas ações. Consideramos que se deve garantir o complemento da equipe e realizar as reuniões e capacitações em horário extra laboral, assim como garantir pessoal de reserva que possa dar atendimento durante feriados ou problemas apresentados pelos integrantes da equipe.

A meta manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde foi atingido em todos os meses da intervenção.

Os resultados obtidos no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, para os hipertensos foram, 36 (100%), 64 (100%), 83 (100%) e 117 (100%), respectivamente. Já em relação aos diabéticos, 16 (100%), 23 (100%), 27 (100%) e 38 (100%) deles apresentavam registros adequados na ficha de acompanhamento, respectivamente, no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês.

As ações que favoreceram essa conquista foi a capacitação da equipe antes e durante a intervenção e a cooperação da secretaria municipal de saúde que garantiu as planilhas, registros e fichas de acompanhamento que foram utilizadas durante a intervenção e que continuaram sendo utilizadas nos atendimentos diários da equipe.

A meta realizar a estratificação de risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde também foi alcançada em todos os meses.

A priorização e atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e a capacitação das enfermeiras para realizar essa avaliação foi um fator importante que proporcionou o cumprimento dessa meta.

Conforme é possível verificar, no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente, 36 (100%), 64 (100%), 83 (100%) e 117 (100%) hipertensos apresentaram estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Já em relação aos diabéticos, revela que, 16 (100%), 23 (100%),

27 (100%) e 38 (100%) deles apresentavam a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, respectivamente, no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês.

Não apresentamos dificuldades nessa meta já que o exame clínico e a avaliação de risco cardiovascular foi realizada durante as consultas. Para continuar alcançando esses resultados consideramos seja necessário que a avaliação continue sendo realizada pelos seguintes profissionais, previamente capacitados: enfermeiras, médicos e as técnicas de enfermagem.

Nossa intervenção também teve como objetivo realizar ações de promoção e prevenção, que permitiram orientar os participantes e toda a comunidade acerca de alguns temas, como por exemplo, doenças crônicas, fatores de risco e a como prevenir os mesmos.

Para esse objetivo, foram estabelecidas as seguintes metas: garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos; garantir a orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos; garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos; garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Todas essas metas foram atingidas nos quatro meses de intervenção. Os usuários que participaram receberam as orientações de promoção e prevenção, durante as consultas, as visitas domiciliares e outros meios e estratégias para multiplicar as informações sobre ações preventivas.

As orientações sobre nutrição e alimentação saudável foram desenvolvidas por toda equipe, já que não contamos em nosso município com nutricionista. Será necessário que a secretaria de saúde incorpore um nutricionista aos atendimentos da UBS, ou de existir nutricionista nas escolas que esse seja contratado para prestar serviços em nossa UBS.

O número de hipertensos que foram orientados quanto à essa meta, no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, foi, respectivamente, 36 (100%), 64 (100%), 83 (100%) e 117 (100%). Quanto ao diabéticos, 16 (100%), 23 (100%),

27 (100%) e 38 (100%) deles, ou seja, todos também foram orientados, respectivamente no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês.

As orientações sobre a prática regular de atividade física, assim como a realização das atividades foram realizadas com a colaboração de professores de educação física das escolas e da associação de idosos.

Os resultados obtidos nessa meta, no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, para os hipertensos foram, respectivamente, 36 (100,0%), 64 (100%), 83 (100%) e 117 (100%), enquanto que para os diabéticos, 16 (100%), 23 (100%), 27 (100%) e 38 (100%) deles foram orientados, respectivamente no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês.

Nós apresentamos dificuldade nessa meta. Todos os usuários receberam as orientações sobre a importância da prática regular de atividade física. Para garantir e qualificar essa ação é necessário vincular a professores de educação física das escolas aos grupos ou círculos de hipertensos e diabéticos, onde possam receber essas práticas.

A divulgação sobre os riscos do tabagismo foram explicadas pela equipe durante as palestras e consultas, realizando-se também a divulgação por meio da rádio do município e folhetos de educação em saúde.

Todos os hipertensos e diabéticos que participaram da intervenção foram orientados. No primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente, 36 (100%), 64 (100%), 83 (100%) e 117 (100%) dos hipertensos foram orientados. Quanto aos diabéticos, 16 (100%), 23 (100%), 27 (100%) e 38 (100%) deles foram orientados, respectivamente no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês.

No desenvolvimento de essa meta não apresentamos dificuldades, os temas sobre o risco do tabagismo foram realizados durante as palestras e durante as orientações dadas nas consultas, consideramos continuar com as atividades de promoção mediante folhetos e programas da rádio local. Para as orientações sobre a higiene bucal contamos com o apoio da equipe de odontologia e a nossa equipe que participou das exposições sobre a higiene bucal.

Todos os hipertensos receberam essas orientações, ou seja, no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente, 36 (100%), 64 (100%), 83 (100%) e 117 (100%) hipertensos, enquanto que 16 (100%), 23 (100%), 27 (100%) e 38 (100%) diabéticos foram orientados, respectivamente no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês. Todas as ações descritas acima foram incorporadas ao serviço da UBS, apesar de algumas delas ainda precisarem de um maior apoio das secretarias de saúde municipal e estadual para serem incluídas integralmente.

Entre essas destacam-se, por exemplo, a necessidade da farmácia popular contemplar todos os medicamentos preconizados, a construção ou implantação de um laboratório público de referência para a UBS e a manutenção das equipes de saúde completas, segundo a legislação do SUS. Essas ações objetivas junto com o trabalho da equipe serão importantes para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e proporcionar uma melhor qualidade de vida a população.

4.2 Discussão

Com a nossa intervenção conseguimos elevar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados pela equipe, foram acompanhados 23,7% e 31,1%, respectivamente. É importante ressaltar que antes da intervenção a equipe não apresentava registros confiáveis e, portanto não sabia a cobertura desses programas.

Além disso, melhoramos o acolhimento, os registros, qualificamos as consultas, por meio da realização do exame clínico completo e a avaliação de risco cardiovascular, aumentamos a busca ativa de usuários faltosos as consultas e fortalecemos as atividades de promoção e prevenção elevando-se o nível de conhecimento dos usuários sobre a sua doença.

Foram necessárias atividades de capacitação da equipe que permitiram desenvolver as atividades de nossa intervenção, baseadas nos protocolos do Ministério da Saúde para o atendimento da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. O acolhimento, cadastramento, monitoramento,

tratamento e atividades de promoção, foram realizados graças à preparação e integração da equipe.

A recepcionista e os técnicos de enfermagem responsabilizaram-se pelo acolhimento, a médica e a enfermeira realizaram o cadastro adequado dos usuários, o monitoramento bem como as consultas com a avaliação do risco cardiovascular. As ações de engajamento público, especificamente as de educação em saúde foram garantidas por toda a equipe.

Com a intervenção, observa-se uma melhor qualidade no acolhimento, houve o estímulo aos profissionais de saúde a realizar atividades de promoção de doenças crônicas e outras doenças, elevou o número de usuários interessados em receber outros atendimentos em nossa UBS, e estimulou outros serviços da UBS a realizar registros mais completos dos usuários com o intuito de potencializar o acompanhamento.

Na UBS a intervenção impactou de forma positiva, modificando o atendimento que era realizado somente pelos médicos. Toda a equipe participou da intervenção e tal fato sensibilizou que todos podem desenvolver ações e possuem responsabilidades com o atendimento integral aos hipertensos e diabéticos. O trabalho em equipe revelou-se como uma estratégia que possibilita promover e ofertar um atendimento de qualidade a um maior número de pessoas.

É possível verificar uma melhor organização do processo de trabalho da equipe, como por exemplo, a implantação da classificação de risco dos usuários, e dessa forma, priorizar o agendamento e o atendimento dessas pessoas. As consultas de demanda espontânea também foram beneficiadas por meio da (re) organização.

Os usuários que participaram da intervenção manifestaram seu agradecimento e sua satisfação com os atendimentos e orientações recebidas, apesar de que não foi possível alcançar todas as metas propostas. É relevante a contribuição da comunidade com a nossa intervenção, uma vez que houve uma participação ativa da mesma.

Embora a cobertura e a qualidade das consultas receberam um impacto positivo, ainda há hipertensos e diabéticos sem cadastro e acompanhamento na UBS e há um número significativo de pessoas que

desconhecem as atividades que são realizadas para melhorar o atendimento. Considerando essas fragilidades, nossos futuros esforços serão focados em estratégias para minimizá-las.

As estratégias estarão baseadas em elevar as ações de educação em saúde, promoção e prevenção, assim como a divulgação do programa de rastreamento, elevar o número de visitas domiciliares, busca ativa de usuários faltosos e visitas aos usuários com dificuldades físicas para se locomover até a UBS. Outras ações que poderão ser desenvolvidas são realizar o acolhimento e a organização da agenda, priorizando os usuários de alto risco, conforme o protocolo utilizado. Realizar o cadastramento e uma consulta com qualidade baseada na atenção integral e garantir a composição mínima das equipes e cumprimento da carga horária, também são estratégias que a equipe pretende adotar.

Algumas dificuldades que apresentamos durante a intervenção e obstaculizaram a execução dos objetivos e das metas poderiam ser identificadas e solucionadas, durante a análise situacional e reuniões diárias que foram realizadas. As dificuldades contemplam alguns aspectos na dimensão administrativa e do cuidado, como por exemplo, o desconhecimento da população sobre as atividades relacionada à ação programática.

As metas propostas poderiam ter sido alcançadas se algumas dificuldades como equipe incompleta, absenteísmo dos seus integrantes, devido às doenças e/ou problemas familiares, afetações por reuniões orientadas pela secretaria municipal e estadual, fossem planejadas, solucionadas ou minimizadas, previamente.

Na futura incorporação das ações ao serviço e conhecendo as dificuldades que existem demonstradas por nossa intervenção, temos a tarefa de buscar as soluções e manter as ações incorporadas a nossa UBS e estimular sua aplicação por outras equipes.

As ações desenvolvidas durante a intervenção foram incorporadas na rotina do serviço. Pretendemos manter as mesmas e incorporar ao trabalho de outras equipes. Para isso, a coordenação da UBS já realiza as orientações, a fim de atingir esse propósito, especificamente referente à qualificação do cuidado aos grupos de maior vulnerabilidade, como por exemplo, hipertensos,

diabéticos idosos, gestantes e crianças, começando o acompanhamento de cada grupo de maneira progressiva.

Nossa perspectiva é transmitir toda a nossa experiência a outras equipes, para ampliar a cobertura de atendimento, registro e acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, nossa experiência também pode ser aplicada a outros atendimentos na UBS como Idosos, gestantes e crianças.

É importante ressaltar que compartilhamos com alguns membros das outras equipes os protocolos, materiais e estratégias utilizados para reorganizar e potencializar o processo de trabalho deles.

4.3 Relatório da intervenção para Gestores

Considerando os dados de morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil e em nosso município, a equipe iniciou um trabalho de intervenção no mês de agosto de 2014, que teve uma duração de 16 semanas. O objetivo foi melhorar a cobertura e a qualidade da atenção as pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus da nossa área de abrangência, onde encontra se dando atendimento nossa equipe e onde existem usuários que sofrem de essas doenças Crônicas, onde não existem dados referentes à cobertura, nem registros e cadastros atualizados, o qual impossibilita de realizar avaliações e comparações antes e depois da intervenção, por esse motivo decidimos realizar a intervenção em nossa área, com o objetivo de iniciar o atendimento a esses usuários, realizar cadastros e registros e dar continuidade ao atendimento segundo os protocolos, melhorando a qualidade da atenção, transmitir nossas experiências a outras equipes e posteriormente, conseguir avaliar o nível de cobertura a partir de nossa intervenção.

A intervenção começa com a capacitação da equipe para realizar integralmente as ações propostas durante todo o programa. Nossa equipe teve um papel fundamental no desenvolvimento da intervenção, todos os integrantes participaram da intervenção, realizando o acolhimento dos usuários, oferecendo palestras, cadastrando aos usuários, participando de forma ativa no triagem e consulta médica, na busca de usuários faltosos, todas as atividades

planejadas durante a intervenção tiveram o apoio dos gestores e dos fatores da comunidade. Desde o início se realizou a divulgação de nossa intervenção por diferentes meios de comunicação, como por exemplo, cartazes, folhetos, palestras e pela rádio local.

Para o desenvolvimento dessas divulgações contamos com o apoio da secretaria de saúde. A gestora junto com a diretoria da UBS apoiaram nossa intervenção facilitando os recursos materiais para a realização dos registros e ficha espelho utilizadas na intervenção, contribuíram com folhetos e cartazes para realizar ações de promoção e prevenção sobre as doenças crônicas.

A gestão também apoiou as atividades de promoção, como palestras e em algumas ocasiões, inseriu profissionais de saúde de outras equipes para nos apoiar durante as atividades, principalmente quando alguns membros da equipe estavam de férias e/ou de licença. Ademais, ajudou a configurar a agenda de acolhimento dos usuários na demanda espontâneas evitando que pudessem ocorrer desestabilizações no atendimento da UBS, facilitando assim o processo de trabalho.

A secretaria de saúde coordenou as atividades de prática de exercícios com professores das escolas e a divulgação de nossa intervenção na rádio local. Outros recursos utilizados na intervenção foram garantidos pela secretaria como instrumentou para a medida da pressão arterial e para a realização do teste de glicose.

Durante a intervenção realiza-se o acolhimento, classificação e registro dos usuários, priorizando os usuários com alto risco e se organiza a demanda espontânea procurando não afetar os atendimentos de outros serviços da UBS.

Toda a equipe participou dessas atividades. Na consulta médica foi realizado o exame clínico completo com avaliação do risco cardiovascular e atualização dos cadastros. Durante esse encontro também se realizaram ações de promoção e prevenção sobre as doenças crônicas e fatores de risco como tabagismo, alimentação saudável, importância da saúde bucal e a prática de exercícios físicos.

Na realização das atividades físicas contamos com o apoio de professores de educação física das escolas e de Associação de Idosos.

Durante a intervenção com o apoio da comunidade e o trabalho em equipe algumas metas foram alcançadas totalmente e outras parcialmente.

Mesmo que tivemos o apoio da Secretaria de Saúde e dos fatores da comunidade, também encontramos muitas fragilidades.

As metas dos indicadores de cobertura não foram atingidas, devido às dificuldades encontradas, como por exemplo, alguns integrantes da equipe se afastaram por enfermidades, outros problemas pessoais, ou seja, a equipe permaneceu incompleta em vários momentos. Além disso, houve um número significativo de feriado e capacitações e reuniões na secretária municipal; e estadual de saúde, fatos que interromperam a intervenção em alguns momentos.

Outros fatores como inconstâncias dos moradores em suas vivendas também dificultaram alcançar essa meta. No entanto, é relevante destacar que no início da intervenção não havia um registro fidedigno e atualizado do número de hipertensos e diabéticos que residiam na área de abrangência da equipe e era acompanhados.

No final de nossa intervenção, conseguimos acompanhar os usuários considerando a integralidade e dessa forma, 117 hipertensos e 38 diabéticos estavam em acompanhamento. Isto é, a cobertura do programa de atenção ao hipertenso e ao diabético alcançou 23,7% e 31,1%, respectivamente.

Das metas de qualidade, foi alcançadas em 100% aquelas relacionadas ao exame clínico completo, avaliação do risco cardiovascular e a avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

Outras como a prescrição de medicamentos de Hiperdia da farmácia popular e a realização de exame complementar a 100% dos usuários, não foi possível alcançar. Fatores como ausência de farmácia popular em nosso município, irregularidades com os subministros de esses medicamentos em nossa UBS, usuários que já estavam controlados com outros medicamentos e usuários que não realizam tratamento farmacológico, impediram alcançar essa meta. No caso dos exames complementários, dificultou-se a realização aos 100% dos usuários, por não possuir laboratório nossa UBS.

Mediante as palestras, conversas, e as orientações nas consultas todos nossos usuários receberam orientações sobre saúde bucal, risco do

tabagismo, importância de alimentação saudável e a importância da prática regular de exercício físico, cumprindo com nossa meta de promoção de saúde.

Ao final de nossa intervenção conseguimos atualizar os cadastros e registros dos usuários na UBS e na secretaria de saúde. Demonstramos com nossa intervenção a existência de dificuldades que entorpecem a qualidade do atendimento nos serviços da saúde e consideramos que com ajuda de os diferentes setores e fatores da comunidade, municipais e estaduais, algumas podam ser resolvidas.

Nossas ações foram incorporadas ao atendimento da equipe e da UBS, foram transmitidas nossas experiências aos outras equipes da UBS para que as ações também sejam incorporadas.

Consideramos que a Secretaria de Saúde e os gestores poderiam apoiar com algumas ações ao trabalho da equipe.

Com o intuito de aumentar a resolutividade e a integralidade da atenção, é importante que os gestores viabilizem outras especialidades necessárias na avaliação de hipertensos e diabéticos, como oftalmologista, cardiologista e nutricionista. Além disso, consideramos é necessário que as equipes de saúde estejam completas, com o número de ACS adequado para potencializarmos as ações no território, entre essas a busca ativa.

Outra ação importante seria encaminhar aos usuários hipertensos e diabéticos que chegam à UBS para outros tipos de atendimento a nossa consulta para receber avaliação completa. Essas ações também são aplicáveis a outros serviços e programas da UBS, por exemplo, o atendimento a idosos, que pode ser realizado também de maneira integral já que geralmente esse grupo etário apresenta doenças crônicas.

4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade

Nosso trabalho de intervenção foi realizado na área de atendimento de uma equipe de saúde da UBS e teve uma duração de 16 semanas. Foi realizadas com o objetivo de encontrar as dificuldades no atendimento as

peças que tem hipertensão arterial e diabetes mellitus, duas doenças crônicas que ocasionam agravos à saúde e precisam ser controladas para evitar várias complicações.

Antes de começar a intervenção toda a equipe foi preparada e orientada sobre o trabalho a realizar, cada membro conhecia suas funções. Para realizar o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos foi necessário adequar nosso atendimento para classificar os usuários de maior risco e dar prioridade ao atendimento deles sem desatender os outros usuários e os outros serviços da UBS. Realizamos registros para a coleta dos dados, que foram analisados ao final da intervenção.

Durante todo o processo foi necessário a divulgação da ação por diferentes meios, como a rádio, cartaz, folhetos e por meio de palestras e conversas desenvolvidas em vários cenários. Para essa divulgação tivemos o apoio da secretária de saúde do município e de outros fatores da comunidade, como por exemplo, a associação de idosos que ofereceu um espaço para realizar essas atividades.

Também contamos com o apoio dos professores de educação física das escolas e da associação de idosos para guiar as atividades da prática de exercícios físicos. A equipe odontológica também colaborou com suas palestras sobre a saúde bucal e com consultas odontológicas aos usuários necessitados.

No longo das 16 semanas apresentamos muitas dificuldades que limitaram alcançar algumas metas propostas, por exemplo, o número de usuários cadastrados ficou abaixo do esperado, não foi possível recuperar todos os usuários faltosos mediante a busca ativa, não conseguimos realizar os exames de laboratório e a prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% dos usuários atendidos.

Algumas das dificuldades que impediram cumprir esses objetivos foram causadas provavelmente pela necessidade de maior tempo para desenvolver a ação. O tempo não foi o suficiente, pois em vários momentos a equipe precisava se reunir, realizar as capacitações, houve feriados e também alguns integrantes da equipe se afastaram do trabalho devido a problemas pessoais. Além disso, a equipe não estava completa, em vários momentos.

A inexistência de farmácia popular e de um laboratório e a instabilidade em relação aos insumos de medicamentos dificultaram que nossos usuários puderam realizar os testes e utilizaram os medicamentos, segundo orientação pelo Ministério de Saúde.

Apesar disso, nossa intervenção aumentou o número de usuários cadastrados, elevou o número de visitas domiciliar aos usuários com doenças crônicas, sobre todos aqueles que estavam com dificuldade motora para trasladar se a UBS, e dessa forma, melhoramos a qualidade das consultas, realizando exame completo, incluindo o exame cardiovascular e o exame odontológico.

Os usuarios receberam palestras e orientações, que elevaram o nível de conhecimentos sobre essas doenças, os próprios usuários colaboraram com a equipe na divulgação do programa, nas ações de promoção e prevenção e também ajudaram na busca ativa.

Para melhorar os resultados alcançados pelo SUS é preciso implementar algumas estratégias que possibilitem uma melhor relação da comunidade com os serviços que presta a UBS, nesse sentido, consideramos em primeiro lugar que será necessário um espaços de participação popular que permitam o intercambio da comunidade com os gestores. Esses encontros podem ser realizados em reuniões programadas na UBS, na associação de idosos e reuniões com o conselho de saúde do nosso município.

É importante que os usuários compreendam a importância de se pronunciar em relação aos serviços de saúde, que seus critérios sejam escutados e suas necessidades e problemáticas sejam acolhidas. A UBS pode auxiliar as pessoas da comunidade que de maneira voluntaria está disposto a participar e ajudar, por exemplo, na busca de usuários, na divulgação das atividades de promoção e orientação na UBS.

Ao final da intervenção conseguimos elevar a unidade da equipe e dos setores da comunidade com a secretaria de saúde o qual foi importante para a busca de soluções aos problemas que dificultam a qualidade dos serviços de saúde.

As ações desenvolvidas foram incorporadas a UBS e serão incorporadas as outras equipes. Os resultados de nossa intervenção foram informados aos gestores para manter atualizados os cadastros no sistema de informação e para a busca de soluções das dificuldades encontradas durante a intervenção.

5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

O curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL constituiu uma ferramenta importante para o desenvolvimento de nosso trabalho na UBS. No início havia muitas dúvidas e expectativas para a realização de um trabalho adequado, visando à melhoria no serviço de saúde. Ao longo do curso, as expectativas foram sendo superadas.

Existia o temor de não conseguir cumprir com todas as tarefas do curso. O momento da intervenção gerou inquietações que nos acompanhou durante algumas semanas, mas com o apoio da equipe, dos gestores e os orientadores do curso, fomos superando essas inseguranças e resolvendo as dificuldades apresentadas. O comprometimento de toda a equipe e o engajamento de todos os atores da comunidade proporcionou a conclusão satisfatória do curso.

O curso nos fez refletir em relação à realidade em que nós estamos trabalhando, o panorama da saúde pública em nossa comunidade, principalmente em relação às doenças crônicas, as ações que não estavam realizando e que com nossa intervenção, conseguimos incorporar ao trabalho

diário da UBS. Muitas dificuldades ainda existem, mas com nosso trabalho em equipe, apoio dos setores da comunidade e a participação social vamos nos fortalecer, potencializar as ações e conseguiremos melhorar.

Considero que o curso foi de grande utilidade para nossa prática profissional. Quanto ao material brindado, me parece muito interessante e enriquecedor, pessoal e profissionalmente, já que ele nos ofereceu uma atualização dos protocolos de trabalho de muitas doenças que com frequência observamos nos atendimentos diários, capacitando-nos para enfrentar essas doenças e por em prática nossos conhecimentos em prol de uma saúde pública mais humanizada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Estimativa de população para 2013 segundo IBGE. Disponível em: <http://www.informacoesmunicipais.com.br/abre_documento.cfm?arquivo=_repositorio/_oim/_documentos/894F71CA-D16A-96E2-BBB97E9E9861A14603092012050335.pdf&i=2032>

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. Brasília 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>> Acesso em: 03 set.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS. Indicadores e dados básicos para a Saúde. IDB 2011. Brasília 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ldb2012/c08>. Def.> Acesso em: 05 ago 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

OLIVEIRA.F. Pesquisa nacional de saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16007&catid=11&Itemid=103> Acesso em: 15 fev.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Brasil. Doenças crônicas não transmissíveis é a maior causa de morte no mundo, diz OMS. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-sao-a-maior-causa-de-morte-no-mundo-diz-oms>> Acesso em: 15 fev.2015.

APÊNDICES

Apêndice A – Fotos da intervenção



Foto: palestra da equipe com hipertensos e diabéticos



Foto: prática de exercícios físicos



Foto: equipe, gestora, secretária e usuários.

ANEXOS

Anexo B - Planilha de coleta dos dados e acompanhamento dos hipertensos e /ou diabéticos.

Excel File Edit View Insert Format Tools Data Window Help

Home Layout Tables Charts SmartArt Formulas Data Review

Font: Calibri (Body) 11

Alignment: Wrap Text

Number: General

Format: cabeçal... Estilo tit... indicador

Cells: Insert Delete Format Themes

F703 66

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	
1																						
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa Hiperdia?	O paciente está fazendo as consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista de referência ou da Farmácia Popular?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente realizou avaliação odontológica?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?					
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	
666	663																					
667	664																					
668	665																					
669	666																					
670	667																					
671	668																					
672	669																					
673	670																					
674	671																					
675	672																					
676	673																					
677	674																					
678	675																					
679	676																					
680	677																					
681	678																					
682	679																					
683	680																					
684	681																					
685	682																					
686	683																					
687	684																					
688	685																					
689	686																					
690	687																					
691	688																					
692	689																					
693	690																					
694	691																					
695	692																					
696	693																					
697	694																					
698	695																					
699	696																					
700	697																					
701	698																					
702	699																					
703	700																					

Normal View Enter Sum=0

Anexo C – Parecer do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª
Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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