

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DE HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MOCAMBINHO, JOCA MARQUES– PI**

JUAN RAMON BELLO VARELA

Pelotas, 2015

JUAN RAMON BELLO VARELA

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DE HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MOCAMBINHO, JOCA MARQUES– PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Francieli Cristina Sponchiado

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

V293m Varela, Juan Ramon Bello

Melhora na Atenção a Saúde dos Hipertenso e/ou Diabéticos na Unidade Básica Mocambinho. Joca Marques-PI / Juan Ramon Bello Varela; Francieli Cristina Sponchiado, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

84 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. Sponchiado, Francieli Cristina, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

A Deus, primeiramente por me dar a oportunidade de viver e por estar comigo em cada passo que dou, por fortalecer meu coração e iluminar minha mente e por ter posto em meu caminho aquelas pessoas que tem sido meu suporte e companhia durante todo o período de estudo. A meus pais, por me apoiarem todo momento, por seus conselhos, seus valores, e sua motivação constante que tem permitido ser uma pessoa de bem, e além de mais nada, por seu amor. A minha família, Esposa e filhos, por ser minha inspiração e a razão de seguir adiante, a meus amigos e colegas, que tem marcado uma parte muito importante em minha carreira, e finalmente a minha orientadora, aquela que me ajudou e esclareceu as dúvidas apresentadas na elaboração deste trabalho.

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a Deus por sua divindade, pela dádiva da vida.

A meus filhos pelo carinho, pelo valioso incentivo para o desenvolvimento do meu trabalho.

O meu reconhecimento a Equipe de Saúde da Família, pelo apoio prestado.

Aos líderes comunitários do município Joca Marques pela compreensão, ajuda e o carinho demonstrado durante todo o trabalho desenvolvido.

A minha orientadora agradeço com todo meu coração pela ajuda e pelo apoio.

Resumo

VARELA, Juan Ramon Bello. **Melhoria da atenção à saúde de Hipertensos e Diabéticos na Unidade Básica de Saúde Mocambinho, Joca Marques– PI, 2015.** 100f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde da Família). Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são responsáveis por um elevado índice de complicações das doenças cardíacas, acidentes cerebrais, e insuficiência renal crônica, sendo caracterizadas como a causa de maior redução da expectativa e qualidade de vida dos indivíduos a nível mundial (BRASIL, 2013). Com base nesses dados, esta intervenção teve como objetivo melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde de Mocambinho, no município de Joca Marques-PI. A intervenção foi desenvolvida no período de 12 semanas. Participaram da intervenção 197 hipertensos e 64 diabéticos, sendo que a estimativa (segundo SIAB) era de 296 hipertensos e 85 diabéticos. Foram desenvolvidas ações nos quatro eixos pedagógicos do curso de Especialização em Saúde da Família, sendo eles o monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. A intervenção exigiu a capacitação de cada membro da equipe seguindo as recomendações do Ministério da Saúde para o controle destas doenças de acordo com o preconizado pelos Cadernos da Atenção Básica do Ministério da Saúde n. 36 e n. 37 de 2013. Também foi organizado a UBS de modo a acolher com prioridade este usuários. Foi adotada uma ficha espelho específica, a fim de facilitar o monitoramento e avaliação dos indicadores. Durante a intervenção, foi possível cadastrar e acompanhar 197 (66,6%) hipertensos e 64 (75,3%) diabéticos. Além de que todos estes usuários cadastrados no programa da UBS tiveram avaliação do exame clínico em dia de acordo com o protocolo, realizaram exames complementares, tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular. Todos os faltosos aos atendimentos receberam busca ativa. Destaco ainda que todos tiveram registro adequado do acompanhamento e receberam estratificação de risco cardiovascular conforme preconizado pelo protocolo. Também foram ofertadas orientações sobre alimentação saudável, a prática regular de atividade física, os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. A intervenção possibilitou maior colaboração da equipe no cuidado ofertado, sensibilização e engajamento público da

comunidade e uma organização no serviço prestado. Conclui-se que será possível dar continuidade a todo o trabalho feito, bem como possibilitar melhorar todos os demais programas de saúde melhorando gradativamente a qualidade do cuidado ofertado em atenção de saúde da família.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na UBS Mocambinho, Joca Marques/PI, 2015.	53
Figura 2	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao usuário com Diabetes Mellitus na UBS Mocambinho, Joca Marques/PI, 2015.	54
Figura 3	Gráfico de proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Mocambinho, Joca Marques/PI, 2015.	55
Figura 4	Gráfico de proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Mocambinho, Joca Marques/PI, 2015.	57

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

APS	Atenção Primária de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
EaD	Educação a Distância
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ECG	Eletrocardiograma
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PI	Piauí
PA	Pressão Arterial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.	20
2 Análise Estratégica	22
2.1 Justificativa	22
2.2 Objetivos e metas	24
2.2.1 Objetivo geral	24
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Detalhamento das ações	27
2.3.3 Logística	45
2.3.4 Cronograma	48
3 Relatório da Intervenção	49
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	49
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	52
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	52
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	53
4 Avaliação da intervenção	54
4.1 Resultados	54
4.2 Discussão	64
5 Relatório da intervenção para gestores	69
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	72
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	75
Referências	78
Anexos	79

Apresentação

Este exemplar contempla o Trabalho de Conclusão de Curso exigido como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família, o qual descreve o processo de melhoria da atenção ofertada aos hipertensos e diabéticos na Unidade Básica de Saúde (UBS) Mocambinho, no município de Joca Marques–PI. Este trabalho faz parte do Programa Mais Médicos para o Brasil criado em 2013. O programa oferece atendimento a população das regiões mais afastadas, carentes e aquelas que mais precisam de atenção básica de saúde, bem como ampliar a formação médica com a finalidade de aperfeiçoar a atenção em saúde da família. Além de curso de especialização para todos os médicos do Brasil.

A Especialização iniciou em mês junho de 2014 com término em mês julho de 2015. A intervenção teve a duração de 12 semanas iniciando na primeira semana do mês fevereiro e finalizando na quarta semana do mês de maio do ano de 2015.

Ele está estruturado em 5 capítulos, sendo eles, Análise Situacional - onde relata a população acompanhada, as estruturas da unidade, equipamentos disponíveis, o trabalho oferecido pela unidade, os profissionais que compõem a equipe e aqueles que dão suporte para a equipe da ESF. A Análise Estratégica – Projeto de Intervenção relata o tema do Trabalho de conclusão, a justificativa, o objetivo geral e o objetivo específico, as metas a serem atingidas, metodologia trabalhada, indicadores, logística e o cronograma. O relatório da Intervenção aborda como foram as 12 semanas de intervenção, o cadastramento, os atendimentos envolvendo solicitação de exames, fornecimento de medicação, imunização, orientações, também foi descrito os objetivos alcançados e dificuldades enfrentadas. Na Avaliação da Intervenção descreve os resultados alcançados em todas as metas e indicadores. Na Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizado contém o transcorrer do curso em geral, como foi o vínculo com a orientadora e o departamento da UFPEL bem como, as maiores dificuldades apresentadas no decorrer deste trabalho, o que o curso acrescentou em meu trabalho e o que precisa ser melhorado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O processo de organização dos serviço de trabalho na atenção básica do município de Joca Marques ainda é um desafio. Existem as estruturas, as estratégias, as normativas e os programas de saúde, mas estes não funcionam como deveriam. Buscando melhorar o serviço o município aderiu ao Programa Mais Médicos (PMM), nosso município situado 270 km do Teresina Piauí. Conforme dados do SIAB atende a população de 5100 habitantes distribuídos em varios povoados. A UBS foi criada há 12 anos como resposta a uma indicação do Ministério da Saúde. Durante os primeiros ano funcionava como um hospital pequeno. Nela trabalhava uma equipe de saúde da família. A estrutura física da unidade não era boa,mas no ano de 2013 foi reforma na unidade.

A avaliação do componente ambiente físico na UBS não é satisfatória, pois tem limitações que interferem na manutenção da biossegurança, já que não tem uma área destinada para depositar os resíduos sólidos e material biológico, não dispõe de sala específica para procedimentos de descontaminação do instrumental, identificando-se também a aplicação de medicamentos injetáveis no mesmo espaço no qual é realizado os curativo, e aplicação de aerosol.

O acesso a portadores de deficiências é um aspecto positivo da unidade, já que tem rampa de acesso, corredor amplo e protegidos e sanitários adaptados. A falta de recursos materiais como instrumental médico e materiais que influenciam sobre a qualidade da atenção aos usuários é um aspecto destacado. Ressalta-se ainda a insuficiência de materiais educativos, e de apoio(vídeo, computador, projetor digital, tela de projeção e outros equipamentos) que podem dificultar a realização de atividades de promoção à saúde, prevenção de agravos.

Outras deficiências é que a UBS tem uma área de abrangência muito dispersa, com assentamentos de populações distante e limitações do transporte, o que dificulta o acesso da população.

Em nosso município o número de equipe e tamanho está de acordo com as normativas vigentes do SUS. A população na área de abrangência está entre três e cinco mil usuários, o que pode ser considerado adequado para uma equipe. A

distribuição por sexo e faixa etária se assemelham com a distribuição da população brasileira.

Até o momento não tenho conhecimento quanto ao número exato de usuários para cada Equipes de Saúde da Família (ESF), nem o número exato de pessoas na área abrangência, a única certeza é de que o município tem muita variabilidade de dados populacionais. Os poucos registros existentes apontam que existam 139 pessoas com hipertensão arterial e 22 com Diabetes Mellitus (DM) cadastradas na UBS, números estes muito inferiores as estimativas pelo número de população residente. O programas como atenção pré natal, saúde da criança e câncer de colo e mama também não possuem registros e portanto não foi possível avaliar as coberturas existentes, mas é perceptível que também não seguem o preconizado pelo MS.

A demanda espontânea é grande, no entanto apenas uma quantidade de pessoas recebem o atendimento diariamente.

Com o PMM algumas situações já estão sendo modificadas. Uma delas é que a UBS passou a prestar atendimento médico em consulta cinco dias por semana em ambos os turnos, e para todos os programa de saúde como puericultura, pré natal , anteriormente este cuidado era restringido a apenas 2 dias na semana, o que acarretava em grande demanda espontânea limitando os atendimentos. Esta nova modalidade de atendimento garantiu a realização de todo os tipos de consultas, reduzindo a demanda espontânea, com isto está sendo possível garantir melhor qualidade nos atendimentos. Para as ESF, as principais dificuldades estão em interagir de forma conjunta e melhorar dentro do sistema. As grandes necessidades de medicação na UBS que não atingem as expectativas da maioria dos usuários, os exames laboratoriais são feito uma vez por semana e outros a distância é muito grande, dificultando a qualidade do atendimento. Faz-se necessário pesquisar e criar arquivos e registro de cada programa de saúde a fim de elencar estratégias de controles sistemático e conseqüentemente a melhora do trabalho ofertado e das condições de saúde da população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Joca Marques foi emancipado através da Lei Estadual nº 4.810, de 14 de dezembro de 1995, tendo seu território formado a partir do município matriz de Luzilândia. Instalado em 1º de janeiro de 1997, com a posse do primeiro prefeito eleito.

Na realidade, a denominação toponímica atual constitui uma saudosa homenagem a um dos grande nomes da política local, ex-prefeito de Luzilândia e filho ilustre do município, o senhor João de Assis Marques (vulgo, Joca Marques). Seu passado remonta à pequena formação populacional antes denominada de Mocambinho. Formada gradativamente a partir da primeira metade do século XX (mais precisamente entre 1920 e 1930), esse pequeno núcleo atraiu grupos migratórios, advindos de diversas áreas do nordeste, que encontravam na região condições de subsistência adequadas e propícias para a manutenção de suas famílias. Por situar-se às margens do rio Parnaíba - o segundo maior rio do nordeste - deu margem ao aumento gradual de sua população, que com a prática agrícola e a pecuária ajudaram a dinamizar a economia frágil da região, com destaque especial para a família Marques, que ainda hoje é influente tanto em Joca Marques quanto em Luzilândia, que lhe deu origem e com a qual mantém grande relação.

Segundo o IBGE (2010) o município de Joca Marques possui uma população de 5.100 habitantes, com predomínio do sexo feminino e grupo etário de 15 a 59 anos. A extensão territorial é de 226.37 km² com uma densidade demográfica de 46.26 hab./km², no entanto ainda possui muitas áreas despovoadas. O clima caracteriza-se por possuir duas grandes estações: a chuvosa e a seca (IBGE, 2010).

A cidade não possui um nível avançado de urbanização. As ruas não são pavimentadas com asfalto, mas com pedras. Mais de 90% da população é católica (IBGE, 2010), o principal acesso ao município se dá pela rodovia que une Teresina e Luzilândia.

Conta com três ESF, cada equipe de saúde está composto por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, assistente de consultório e 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As ESF estão distribuídas em três UBS rurais e uma UBS sede que é a maior e centro de referência que atende uma população de 3234 habitantes, sendo esta quantidade adequada para um equipe de saúde segundo as normativas do SUS. O município dispõe de um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) composto por um psicólogo, uma nutricionista, uma fonoaudióloga e uma fisioterapeuta. Na atualidade, o trabalho se desenvolve com integração do SUS e a Universidade Federal de Pelotas através dos cursos de especialização, com a incorporação do médico ao curso de especialização em saúde da família. Além disso, quatro ACS se encontram num curso de atualização técnica. O enfermeiro e o médico estão matriculados na Especialização em Saúde da Família, o que oferece a população uma assistência mais qualificada e constitui uma maior fortaleza da UBS.

O município não possui atendimento especializado, mas possui um serviço de hospitalização, uma sala de observação e uma sala para pequenas cirurgias. As especialidades são referenciadas para cidades de Luzilândia, Esperantina e Teresina, capital do estado do Piauí. Quanto à disponibilidade de equipamentos básicos para prestar assistência, destaca-se que no início a UBS não tinha o instrumental médico necessário para realizar o atendimento de todas as demandas dos usuários de saúde, o que foi solucionado ao longo dos meses.

Quanto à disponibilidade de materiais/equipamentos de apoio para o desenvolvimento das atividades gerais na unidade, não existem informatização, tem telefone fixo e não apresenta computadores funcionando com acesso à internet, e impressora. A televisão funciona, o que facilita o desenvolvimento das atividades de promoção de saúde. Outra dificuldade é o controle estatístico dos casos. A UBS utiliza-se de outros meios de ensino como álbum seriado, maquetes, murais informativos e outros meios para levar o conhecimento tendo em conta a população alvo.

As principais dificuldades observadas são falta de outras estruturas complementares necessárias em atenção básica como por exemplo, locais de coleta de exame laboratoriais, consultório odontológico, sala de reunião, as quais ficam distante da UBS sede. Existem outros fatores que dificultam o trabalho da equipe como a falta de organização para enfrentar as novas proposta do SUS na atenção básica. Por meio da análise situacional foi possível identificar os principais problemas e dentro das possibilidades elencar soluções, em especial no que tange a forma com que o trabalho diário é ofertado sendo possível melhorar a qualidade de atendimento interdisciplinar. Para os profissionais da equipe de saúde Mocambinho compete dentro de suas atribuições conhecerem a realidade da área da abrangência. No início do ano de 2014 não existia um mapeamento da população, mas tinham bem identificadas as micro áreas, indivíduos e famílias expostos à situação de risco, pois a equipe tem vários anos de trabalho nessa população, só que faltava um profissional médico com uma visão integral.

A UBS Mocambinho, está situada na zona urbana, possui uma estrutura simple, sala de recepção para o primeiro acolhimento, dois consultorio,sala de vacina,sala de observação, sala de curativos, sala para pequena cirurgia, expurgo, quarto de repouso medico, pequena sala para realizar teste de pezinho, copa..tem uma população de 3234 habitantes. Os atendimentos de consulta e visita domiciliar são ofertados 5 dias por semana no turno da manhã e a tarde. Esta organização possibilitou garantir atendimento suficiente para a população, tendo em vista que antes da vinda do médico pelo Programa Mais Médicos os atendimentos aconteciam apenas dois dias da semana e por isto muitos não podiam receber atendimento, pois a demanda espontânea era muito grande. Muitos precisavam ser encaminhados para outros município para receberem o cuidado. Hoje isto já não é mais um problema, pois a equipe consegue atender a toda a demanda.

O programa de saúde da criança é prioridade para o país. Em nossa UBS tem uma média de 40 nascimentos por ano. Na UBS não existem controle e registro das atividades ofertadas, como não existem números e cobertura de atenção. Na UBS a equipe de saúde começou oferecer atendimento de puericultura para todos os grupos etários, menores de um ano até 72 meses, com uma frequência semanal. O acompanhamento programado da criança seguindo o estabelecido pelas indicações do Ministério de Saúde no Brasil (BRASIL, 2012)

Os ACS foram capacitados para detectar fatores de risco e orientar a família na modificação dos problemas de saúde detectada, esclarecer dúvida, detectar suas necessidades, sinais gerais de perigo na criança e retroalimentar a equipe básica de saúde.

Há dificuldade com a falta de instrumental cirúrgico do dentista, equipamento que afeta o trabalho da atenção odontológica, tendo em vista que os usuários que demandam atenção no dia não podem ser atendidos, além de não se oferecer atendimento odontológico especializado. A instabilidade dos serviços do dentista que no início prestava assistência na Unidade Hospitalar Municipal, muito distante da área de abrangência, unido à falta de educação e hábitos de higiene bucal arraigados na comunidade de origem rural tem sido um obstáculo para manter uma boa saúde bucal da população.

Neste momento a equipe do dentista trabalha todos os dias na UBS, com um número maior de vagas e de atividades de promoção e prevenção individuais e coletivas. A estratégia a seguir de agora em diante é o trabalho em conjunto. Não sabemos o que é necessário melhorar, pois não existia planejamento. Propiciar mudanças nesta área de atendimento foi nosso desafio. Iniciamos organizando os registros e organizando as consultas de puericultura conforme preconizado pelo programa do MS. Este cuidado juntamente com o programa de pré-natal tem recebido total atenção por parte dos profissionais da equipe desde o início da análise situacional. Com isto está sendo possível organizar este cuidado na UBS, bem como estabelecer números confiáveis para o monitoramento dos indicadores.

No que tange o programa de Pré-natal, apesar do avanço na adoção dos protocolos e pela organização do registro, ainda existem dificuldades com o monitoramento das gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre, pois muitas delas ainda são captadas tardiamente, sendo realizadas poucas consultas de pré-natal, dificultando o controle adequado de doença durante o período de

gestação. Algumas gestantes encontram-se sem avaliação dos riscos materno e sem acompanhamento da equipe de saúde, contribuindo assim para a morbimortalidade materna seja ainda um problema de saúde. Outra dificuldade é que as rede de serviço com a UBS estabelecidos pelo SUS não têm vinculação com as maternidades e hospitais diretamente. Isto dificulta que as gestantes no final do seguimento prenatal não tem conhecimento onde vai ter o bebe e ainda pior se o parto será normal ou cesária.

Em relação ao programa de prevenção do câncer de colo de útero e câncer de mama as dificuldades são semelhantes. A falta de registros impossibilita o reconhecimento do número exato de mulheres pertencentes a área de abrangência, bem como o seguimento e controle sistemático das que participam do programa na UBS. Este é um programa que não vem sendo priorizado na UBS pelos profissionais, ou seja, recebe o cuidado quem dele procura. Existe relato dos profissionais de baixo índice de citologias positivas, no entanto, não se sabe ao certo se este dado é correto, tendo em vista a baixa cobertura do programa. Existe falta de organização e não existe seguimento de casos nem acompanhamento periódico conforme preconizado pelo MS para todas mulheres na faixa etária a fim de estabelecer a melhoria do cuidado ofertado na UBS, em seguida se pretende realizar um treinamento dos profissionais da UBS a fim de que todos possam seguir as recomendações do MS para tal ação programática.

A atenção aos usuários portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial é preocupante, pois somente a cobertura é muito baixa. Segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP), a estimativa é 496 hipertensos, mas temos apenas 139 hipertensos acompanhados na UBS, com uma cobertura baixa so de 28%. A forma de cadastramento da população pelos ACS no ano anterior, sem supervisão dos profissionais de saúde da equipe básica, tem como resultado a não identificação da prevalência destas doenças nos usuários de saúde. Achamos que ainda existem usuários que não tem diagnóstico da doença, expostos a riscos pela não prescrição de uma terapêutica adequada e não acompanhamento.

Também encontra-se desorganizado na UBS os registros e o mapeamento do numero exato de usuários com tais patologias. Isto é algo que chama a atenção da equipe tendo em vista que a qualidade do atendimento é fundamental para evitar as complicações fatais que afetam significativamente a qualidade de vida neste grupo populacional. Atualmente é possível identificar na UBS que as principais

complicações oriundas destas patologias apresentam-se com elevada frequência, e a atenção que vem sendo ofertada é de baixa qualidade.

O diagnóstico acontece a partir da ocorrência de um evento urgente, como acontece com outras doenças crônicas, existe falhas na identificação e diagnóstico, a UBS não dispõe de recursos técnicos complementares para confirmação da suspeita clínica, tais como (aparelho de raio x, aparelho de electrocardiograma, fitas para electrocardiograma, nem laboratório clínico para os exames de rotina). Evidencia-se a necessidade de pesquisar ativamente todo indivíduo com fator de risco nas consultas e nas visitas domiciliares que até então não vem sendo realizado. Além disso, evidencia-se a necessidade de ações que promovam o incentivo a realização de atividades físicas, alimentação saudável, evitar o sedentarismo e tabagismo, bem como a oferta de informações que possibilitem o usuário a tomar decisões no seu processo saúde-doença.

Em relação à Diabetes Mellitus a situação não é diferente, tendo em vista que a cobertura é baixa, 18.1%. No entanto a UBS não dispõe de números fidedignos para avaliar a qualidade do programa. O que se sabe é que existe falta de registros e do acompanhamento, e frequentemente um alto número de usuários apresentam alteração na pressão arterial e nos testes glicose, no entanto não realizam seguimento do cuidado, não existe confirmação e isto deve-se a falta de vigilância existente, bem como as falhas no cuidado. Para que seja possível reverter esta situação faz-se necessário uma reorganização do cuidado ofertado na UBS, iniciando pela disponibilidade de registros adequados e organização no atendimento visando priorizar esta população. É preciso pesquisar ativamente todo indivíduo com 20 anos ou mais, aferindo a pressão arterial na consultas e nas visitas domiciliares. Também evidencia-se a necessidade de ações educativas junto a comunidade a fim de possibilitar o diagnóstico precoce bem como prevenir tais agravos.

No que tange o programa de saúde do idoso as dificuldades também são inúmeras. O serviço não está organizado, nem existe acompanhamento para este grupo da população. O atendimento é feito somente para os que buscam o serviço geralmente por motivos de patologias associadas. Não existe na UBS um cuidado organizado que vise atender a população idosa seguindo as recomendações do MS. Também não sabemos o número exato desta população. Para atingir resultados positivos e melhorias no cuidado é importante a avaliação geriátrica do grupo de idoso para determinar o grau de capacidade funcional, além de criar os registros e

organização do cuidado na UBS, priorizando a realização de atividades de promoção e prevenção deste grupo da população tendo em vista a importância da saúde dos idosos a fim de evitar danos que podem gerar sobrecarga para a família e a sociedade.

Por fim, após a análise situacional é possível dizer que o maior desafio frente as inúmeras dificuldades vivenciadas na UBS foi conseguir instituir o vínculo com todos os membros da equipe, capacitar cada profissional para trabalhar com as diretrizes do SUS, conseguir alcançar a organização dos serviços assistenciais, reativar os programas prioritários do SUS, criar arquivos e ter controle da maioria das atividades, buscar a participação social, vincular as autoridades nesta tarefa, buscar melhorias no serviço ofertado, estabelecer vínculos com outros segmentos do município bem como com os profissionais e sobretudo garantir atenção de qualidade. Estes tem sido nossos maiores desafios. Algumas mudanças na organização da UBS e do trabalho já vem sendo feitas, mas ainda é preciso muitas mudanças, não somente no serviço e na equipe, mas também no estilo de vida da população do município.

É importante ressaltar que durante todo o ano temos observado mudanças em nosso trabalho, devido ao número de informações recebida através do curso de especialização. O estudo da análise situacional que realizamos constituiu meio de divulgação de conhecimento que geram evidências para a tomada de decisão em saúde considerando a relevância dos temas abordado e as especificidades de cada região onde executa-se.

Este não é nosso primeiro trabalho de análise situacional, temos experiências de outros estudos realizado nesta área que são muito importante para o progresso do conhecimento e para a melhora dos serviços de saúde. A abordagem adequada da análise situacional tem fornecido orientações para o desenvolvimento das habilidades necessárias para o trabalho na atenção básica e saúde da família. Possibilitando ampliar o conhecimento epidemiológico acerca dos indicadores de saúde e forma com que o cuidado vem sendo ofertado na UBS, permitindo aos profissionais melhor organizar ações de vigilância, prevenção e controle de doenças de interesse da saúde pública, sua distribuição, sua frequência, suas consequências e também sobre a eficácia e efetividade das intervenções.

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

Fazendo uma comparação entre o texto desenvolvido no início do curso e o relatório de análise situacional em relação às características estruturais, processo de trabalho, planejamento das ações e resolutividade na UBS, foi possível com esta prática ampliar o atendimento ofertado a população em consulta individuais, visitas domiciliar, mutirão.. tendo em vista que anteriormente o cuidado era ofertado apenas duas vezes na semana só no horário da consulta. Melhorou o entrosamento da equipe bem como sua participação no cuidado ofertado aos programas existentes na UBS. A equipe passou a desenvolver atividades de educação permanente por meio dos Protocolos de trabalho do Ministério de Saúde. Instigou o interesse de outros profissionais da equipe em desenvolver cursos de aperfeiçoamento, tendo em vista que neste momento o médico geral e o enfermeiro também estão realizando o curso de especialização de saúde da família e os ACS vêm cursando o curso de superação técnica do trabalho dos ACS.

Os equipamentos necessários vem sendo fornecidos em condições adequadas, o que permite atendimento com qualidade para os usuários de saúde. Outro avanço é que, antes da chegada do Programa Mais Médicos, o atendimento e acompanhamento das doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis era feito pela enfermeira e as consultas se limitavam a seguimento das mensurações, sem interpretação clinica e portanto com grandes dificuldades na tomada de decisões e conduta adequada. Agora o seguimento é realizado por meio de uma avaliação integral em cada consulta com interpretação clinica realizada por todos os integrantes da equipe. O mesmo acontece com as atividades educativas, anteriormente não eram planejadas, mas neste momento a população recebe ações educativas, visitas domiciliares e a comunidade recebe o serviço.

Outro importante avanço é o fato de que o desenvolvimento de estratégias de intervenção em saúde na comunidade estão baseados nos principais problemas identificados pela equipe durante a análise situacional. Está sendo possível o comprometimento dos profissionais da equipe, demais profissionais e gestores, apoiando o trabalho que vem sendo desenvolvido.

Na UBS Mocambinho por meio da análise situacional e com as mudanças na organização do trabalho, vem permitindo um melhor planejamento das ações de

saúde com a participação dos integrantes da ESF, o monitoramento e avaliação permanente dos programas de saúde e protocolos. A capacitação constante dos profissionais e as atividades de promoção de saúde a toda a população, a redução dos indicadores de morbimortalidade e melhora na qualidade de vida dos usuários de saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O foco da intervenção que será trabalhado na Unidade Básica de Saúde (UBS) compreenderá a ação programática sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), pelo fato de que são patologias que constituem fatores de risco para doenças decorrentes, tais como aterosclerose e trombose, que sua exteriorização se observa em processo como a isquemia cardíaca, cerebral, vascular periférico e também renal. Estas duas patologias são responsáveis por um elevado índice de complicações das doenças cardíacas, acidentes cerebrais, e insuficiência renal crônica, portanto são caracterizadas como a causa de maior redução da expectativa e qualidade de vida dos indivíduos a nível mundial (BRASIL, 2013).

A HAS e DM coexistem em muitos usuários somando seus efeitos negativos sobre o sistema cardiovascular, trazendo como consequência aumento do número de complicações e também perda de muitas vidas. Considero que a efetividade do tratamento destas doenças está na prevenção primária com particular atenção nos indivíduos com valores limítrofes de glicemia e pressão arterial. Há evidências razoáveis de que o risco pode ser diminuído por meio de abordagem preventiva na Atenção Primária de Saúde (APS). (caderno de atenção básica para HAS, e DM 36 e 37). (Brasil 2013)

A UBS foco da intervenção tem uma estrutura simples, foi criada no ano 2003 e tinha como objetivo dar atendimento a população do município de Joca Marques (PI). Em sua primeira etapa funcionava como um pequeno Hospital, posteriormente passou ser UBS. Estruturalmente tem dois consultórios, sala de vacina, sala de observação, uma pequena farmácia, copa, expurgo, sala para pequenas cirurgias, sala de recepção, sala de enfermagem, três sanitários. A equipe é constituída por

médico, cirurgião dentista, enfermeira, duas técnica de enfermagem, nutricionista, psicólogo e assistente social(NASF), e ACS.

O município tem uma população de cinco mil e cem habitantes. A população da área adscrita a UBS é de 3234, mas com uma baixa cobertura para Hipertensão Arterial so 139 para uma estimativa de 496 o que representa 28% da população e 22 com Diabetes Melito de uma estimativa de 121, que representa o 18.1%, foi necessário uma busca ativa de usuários portadores destas patologias e para os três meses da intervenção tivemos uma estimativa de 296 Hipertenso e 85 Diabeticos na busca ativa e o cadastramento deste grupo. Considero que devemos melhorar o acompanhamento dos usuários em tratamento na UBS, necessitando ter ao menos uma avaliação mensal para que se ajustem o controle terapêutico. Nas consultas é importante reavaliação de tratamento e sua efetividade, o seguimento e adequação da dieta ea prática da atividade física. Deve-se ter em conta os benefícios para evitar eventos e complicações incapacitantes.

Há evidências da melhora do serviço para hipertensos e diabéticos e outras patologias.Podemos dizer que aumentou o numero de cadastrados na UBS, física um numero maior começou receber remédios de farmácia popular, alem de receber orientações sobre alimentação saudável tabagismo, prática regular de atividades física. Atribuem-se ao aumento do número de dias e horas de trabalho criado pelo programa “Mais Médicos”, além da reorganização dos serviços e a inclusão de outros profissionais na equipe, os quais compartilham o planejamento e ações para melhor controle da HAS e DM, além de contar com a participação ativa dos usuários e familiares. Considera-se importante esta intervenção pela necessidade de avaliação inicial de todos os integrantes da comunidade, pois estas doenças são responsáveis pela maioria das mortes a nível mundial. O argumento é porque durante o ano de trabalho a UBS teve 12 falecidos, das principais causas de falecimento na área um 90% foram relacionada complicações da HAS e DM segundo os registro de disfunção. O tema escolhido é de muita importância na prática clínica, para diminuir os números é preciso estabelecer um plano apropriado de manejo da problemática, além de determinar a existência de problemas associado que precisem intervenção imediata.

Apesar de não contar com todos os recursos necessários com todos os registro e arquivos, falta de remédios insumos, informações estatística, temos uma equipe mais organizada, fazendo o trabalho de acordo com as estimativas dos

programas, na medida em que cada doença é estabelecida e os casos são identificados passam de imediato a ter atendimento e investigação mais detalhada de sua patologia. A promoção da Saúde na UBS tenta resgatar a saúde individual e coletiva, tendo como meta não apenas afastar a doença do indivíduo, mas tomar como seu objetivo fundamental a atuação sobre os determinantes das doenças. Existe uma série atividades que a UBS vem tentando realizar como palestras sobre alimentação adequada e balanceada, prevenção de acidente, praticar atividades físicas regularmente, diminuir a automedicação, ter uma convivência social estimulante, realizar atividades prazerosas que atenuem o estresse, buscando assim promover modos de vida favoráveis à saúde e a qualidade de vida, contribuindo para um envelhecimento ativo e saudável.

A intervenção tem como objetivo melhorar notavelmente a atenção para hipertensos e diabéticos, o manejo destas doenças devem ser feito dentro dos programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS), conhecendo que o nível primário apresenta cenários variados em termos de recursos e condições de trabalho, provocando graus variados de complexidades. Para enfrentar essas dificuldades é importante planejar o atendimento para este grupo populacional, estabelecer o grau de complexidade e o controle a ser realizado pela equipe de saúde, capacitar a equipe para o atendimento e identificar as condições mínimas para seu atendimento.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde de usuários hipertensos e diabéticos na unidade básica de saúde Mocambinho, Joca Marques/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo1. Ampliar a Cobertura de hipertensos e diabéticos.

METAS.

1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

2. Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

METAS.

3. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

4. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

METAS.

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

METAS

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

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

Objetivo5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

METAS.

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

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

Objetivo6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

METAS:

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Esta intervenção será desenvolvida com os hipertensos e diabéticos pertencentes à área de abrangência da UBS Mocambinho. Para guiar o cuidado será adotado o protocolo de Hipertensos e Diabéticos do Ministério da Saúde, 2013. A intervenção terá a duração de doze semanas.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo1. Ampliar a Cobertura de hipertensos e diabéticos.

METAS.

1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

2. Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

Ações:

- Monitorar o número de hipertensos e/ou Diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: será monitorado semanalmente as fichas dos usuários durante a intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe.

Eixo: Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- Garantir os registros dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa.

- Melhorar o acolhimento para os usuários hipertensos e/ou diabéticos .

- Garantir material adequado para a aferição de medida da pressão arterial e do hemoglicoteste para os diabéticos (esfigmomanômetro, manguito, fita métrica, glicômetro).

Detalhamentos: será adotada uma ficha espelho específica, o registro será feito pelos profissionais que realizarem o atendimento todos os dias. Todos os usuários que chegarem a UBS sempre serão acolhidos pelos profissionais da equipe, em especial pela técnica de enfermagem. Será enviado ofício ao Secretário

de Saúde pelo médico da equipe no início da intervenção contendo o esclarecimento acerca da importância das mensurações e a calibração dos aparelhos utilizados na intervenção.

Eixo: Engajamento Público

Ações:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HA e DM da unidade de saúde.
- Informar a comunidades sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos de idades pelo menos anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: será informada sempre a comunidade por meio de orientações individuais, coletivas e por meio de folders na UBS. Também será informado durante as visitas domiciliares da equipe e dos ACS.

Eixo: Qualificação Da Prática Clínica

Ações:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. -Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamentos: será capacitada no início da intervenção sendo o médico o responsável pela organização do material necessário. O horário será discutido e agendado de acordo com a disponibilidade da equipe em participar.

Objetivo2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

METAS.

3. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
4. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

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

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

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

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

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ações:

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

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

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico

Detalhamento : será monitorado semanalmente as fichas dos usuários que participam da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe. Faremos o monitoramento dos usuários que receberam a medicação pelo registro em ficha espelho, também será utilizado a base de dados da dispensação da farmácia.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

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

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

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo para os pacientes com HAS e DM.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: será definida em conjunto com a equipe durante o treinamento que acontecerá no início da intervenção, a atribuição de cada profissional. Estabeleceremos um turno por semana para a capacitação dos profissionais da equipe de acordo com os protocolos. A capacitação será organizada pelo médico em conjunto com os demais profissionais da UBS, para isso será utilizado um espaço na UBS. Discutiremos com a equipe a periodicidade para a atualização dos profissionais, será sugerida a periodicidade semanal de início, passando para quinzenal e mensal, ou sempre que a equipe julgar necessário. O protocolo será impresso e encadernado pelo médico da equipe no início da intervenção. Será enviado ofício ao gestor municipal pelo médico da equipe no início da intervenção solicitando agilidade na realização dos exames laboratoriais dos usuários que participam da intervenção. Será estabelecido pela equipe mediante uma análise semanal da base de dados, um sistema de alerta que permita identificar os usuários que não tenham os resultados dos exames realizados e avaliados. O sinal de alerta será em papel colorido. A cada quinze dias será conferido o estoque da farmácia pela profissional responsável em conjunto com o médico para averiguar a quantidade disponível de medicamentos e os que necessitam ser repostos. Durante os atendimentos o médico encaminhará o usuário para avaliação de saúde bucal com o dentista. Será acordado com o dentista espaços na agenda para encaixe destes usuários. Organizaremos uma agenda juntamente com o dentista com os dias e horários dos atendimentos.

Eixo: Engajamento Público

Ação:

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

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

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

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

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

Detalhamento: orientaremos sempre os usuários e a comunidade por meio de orientações individuais, coletivas e por meio de folders na UBS. Também será informado durante as visitas domiciliares da equipe e dos ACS.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação:

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

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

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

Detalhamento: será capacitada no início da intervenção, sendo o médico o responsável pela organização do material necessário. O horário será discutido e agendado de acordo com a disponibilidade da equipe em participar.

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

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

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação:

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

Detalhamento: será monitorado semanalmente as fichas dos usuários que participam da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe para verificar os faltosos.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

Ação:

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

Detalhamento: será realizado em conjunto com os ACS um cronograma de visitas para buscar os faltosos. Sempre que um usuário faltar ao atendimento o ACS será comunicado e efetuará a busca com re-agendamento de novo horário. Se necessário a equipe também buscará em conjunto com o ACS. O médico e a enfermeira agendarão espaços em todos os turnos de trabalho para o acolhimento dos usuários que serão buscados pelos ACS.

Eixo: Engajamento Público

Ação:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: será informado sempre aos usuários e a comunidade por meio de orientações individuais, coletivas e por meio de folders na UBS. Também

será informado durante as visitas domiciliares da equipe e dos ACS. Será estabelecido um espaço de escuta para a população mencionar as estratégias de melhorias da intervenção, por meio de rodas de conversas na UBS, nas comunidades e durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS. Serão discutidas propostas de modificação do atendimento de acordo a suas necessidades para diminuir os usuários faltosos aos atendimentos, participarão todos os profissionais da equipe e a população dos bairros de abrangência da UBS.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação:

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

Detalhamento: será capacitada no início da intervenção sendo o médico o responsável pela organização do material necessário. O horário será discutido e agendado de acordo com a disponibilidade da equipe em participar

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

METAS

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

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

Ação:

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

Detalhamento: será monitorado semanalmente as fichas dos usuários que participam da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

Ação:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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

Detalhamento: a enfermeira será responsável por atualizar as informações no SIAB semanalmente. Será implantada a planilha registro disponibilizada pelo curso, onde o médico e a enfermeira transcreverão os dados das fichas espelhos semanalmente. Pactuaremos mediante reunião com a equipe no início da intervenção, mencionando as responsabilidades individuais de cada membro da equipe para com o registro das informações. Será adotado pelo médico e a enfermeira a ficha espelho disponibilizada pelo curso, nela serão anexados sinais de alerta em papel colorido para sinalizar situações de alerta nos usuários cadastrados.

Eixo: Engajamento Público

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

Detalhamento: será orientado sempre os usuários e a comunidade por meio de orientações individuais, coletivas e por meio de folders na UBS. Também será informado durante as visitas domiciliares da equipe e dos ACS.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação:

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: será capacitada no início da intervenção sendo o médico o responsável pela organização do material necessário. O horário será discutido e agendado de acordo com a disponibilidade da equipe em participar.

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

METAS.

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

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação:

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

Detalhamento: será monitorado mensalmente pelo médico e a enfermeira da equipe, mediante a análise da ficha espelho e qualidade dos registros o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

Ação:

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

Detalhamento: será priorizado o atendimento dos usuários identificados com risco a fim de garantir atendimento com maior frequência. Serão atendidos todos os dias da semana em todos os turnos. Serão disponibilizados espaços na agenda de modo a garantir o atendimento com maior frequência dos usuários identificados com risco.

Eixo: Engajamento Público

Ação:

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

Detalhamento: será orientado sempre os usuários e a comunidade por meio de orientações individuais, coletivas e por meio de folders na UBS. Também será informado durante as visitas domiciliares da equipe e dos ACS.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: será capacitada no início da intervenção sendo o médico o responsável pela organização do material necessário. O horário será discutido e agendado de acordo com a disponibilidade da equipe em participar. Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

METAS:

17. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
18. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
19. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.
20. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.
21. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.
22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.
23. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.
24. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Eixo: Monitoramento e Avaliação**Ação:**

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

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos

Detalhamento: será monitorado semanalmente as fichas dos usuários que participam da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

Ação:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e sobre a prática de atividade física.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educador físico nesta atividade.

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

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: será realizada pelo menos uma prática coletiva sobre alimentação saudável, por mês com a participação de toda a equipe juntamente com os usuários e comunidade. Será realizada uma atividade esportiva semanal desde o início da intervenção, coordenada pelo NASF onde participarão usuários e integrantes da equipe. O médico da equipe enviará um ofício ao gestor para a fim de solicitar a presença da nutricionista, parcerias institucionais para envolver educadores físicos na atividade física dos hipertensos e diabéticos. Solicitaremos a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Será estabelecida uma parceria com o odontólogo da equipe dois turnos para o tratamento odontológico para atendimento dos hipertensos e diabéticos que participam da intervenção. Priorizaremos o atendimento dos pacientes identificados com sinal de alerta para risco de saúde bucal, estes pacientes serão acompanhados com maior frequência.

Eixo: Engajamento Público

Ação:

- Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

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

- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.
 - Buscar parcerias na comunidade, reforçando a Intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
 - Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia de melhorias.
- **Detalhamento:** será orientado sempre os usuários e a comunidade por meio de orientações individuais, coletivas e por meio de folders na UBS. Também será informado durante as visitas domiciliares da equipe e dos ACS. Será realizado contato com as lideranças comunitárias pelos profissionais da equipe e ACS durante toda a intervenção. Será mobilizada a comunidade durante os atendimentos individuais, em especial nas atividades coletivas e durante as visitas domiciliares.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação:

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

Detalhamento: será capacitada no início da intervenção sendo o médico o responsável pela organização do material necessário. O horário será discutido e agendado de acordo com a disponibilidade da equipe em participar.

2.3.2 Indicadores

Objetivo1. Ampliar a Cobertura de hipertensos e diabéticos.

Meta 1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

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

Objetivo1. Ampliar a Cobertura de hipertensos e diabéticos.

Meta 2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Objetivo2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 3: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 5: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 6: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 7: 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.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Objetivo3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 11: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 12: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 13: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

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

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

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 23: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 24: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Os cadernos da Atenção Básica do Ministério da Saúde n. 36 e n. 37 de 2013 serão utilizados para embasamento teórico para a realização da intervenção de saúde em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. A equipe da UBS será responsável pelas atividades do projeto, em trabalho conjunto com a equipe multiprofissional onde os agentes comunitários de saúde serão os encarregados da atualização dos cadastros dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, além da busca de faltosos, conscientização e orientação da comunidade sobre o tema e a realização das atividades de promoção e prevenção de saúde deste grupo.

As consultas serão previstas na UBS para a maioria dos hipertensos e diabéticos possibilitados de buscar o serviço, no local a técnica de enfermagem unida aos ACS realizarão o acolhimento tendo presente o nível de priorização dos mesmos além de fazer as medidas antropométricas, controle de PA, teste de glicose e preencher as medições resultantes nos prontuários; o médico e a enfermagem realizarão o exame físico integral e uma avaliação multifuncional, também serão avaliados quanto a saúde mental com o psiquiatra e a psicóloga, terão avaliação nutricional com a nutricionista, e incentivo a prática de atividade física por meio dos educadores físicos, bem como reabilitação caso necessitar por meio de fisioterapia. Todos receberão avaliação com a equipe odontológica.

Para levantamento e registro das informações nos utilizaremos do prontuário do município. Como este não prevê todas as informações para poder analisar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro irão adotar a ficha complementar disponibilizada pelo curso para esta ação programática. Estimamos alcançar com a intervenção 60% dos hipertensos e 70% dos diabéticos.

Faremos contato com os gestores municipais para dispor de 300 fichas espelho, pois a equipe julga este ser um número adequado para cadastrar todos no período da intervenção, estas fichas serão fixadas junto ao prontuário do usuário. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa de Hipertensão e Diabetes, o enfermeiro revisará o livro de registro identificando todos às pessoas que vieram ao serviço nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários destes e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre peso e altura além de consultas, exames clínicos e laboratoriais e vacinas em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Começaremos a intervenção utilizando duas horas da reunião geral semanal para apresentação do projeto e a capacitação da equipe de ESF sobre o manual técnico do Ministério da Saúde 2013 para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às pessoas com estas doenças e providenciar a sensibilização da equipe para acolhimento dos usuários e familiares ou cuidadores, além do ajuste do trabalho, troca de idéia e esclarecimentos das tarefas. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Para controle dos faltosos será realizado monitoramento semanal através de pesquisa do histórico do prontuário. Para acolher a demanda de intercorrências agudas nos Hipertensos e Diabéticos não há necessidade de alterar a organização da agenda, eles serão priorizados nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os usuários provenientes da busca ativa serão reservadas cinco consultas por semana.

A equipe criará uma estratégia de atividades de promoção de saúde representadas segundo os temas a discutir pelo profissional da equipe ao final do tema, utilizando como ferramenta múltiplas técnicas de participação comunitária, encaminhadas a garantir a apreensão dos conhecimentos pela população e motivá-los nas mesmas, o nutricionista planeja realizar não só palestras sobre alimentação saudável, os familiares e ou cuidadores dos mesmos, a estas atividades inclui-se as palestras e os vídeos conferências que o médico e a enfermagem oferecerão na comunidade aproveitando o contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade.

É imprescindível o apoio da comunidade no sentido de ampliar a avaliação dos usuários e esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Semanalmente o enfermeiro examinará as fichas-espelho dos usuários identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. A busca aos faltosos será feita pelos agentes comunitários através de visitas domiciliares como forma de sensibilizar aos usuários Hipertensos e Diabéticos e sua família sobre a importância da avaliação. Os faltosos teriam um novo horário de acordo com sua conveniência. Ao final de cada mês as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Ao término das 12 semana de intervenção, é possível concluir que todas as ações prevista foram desenvolvida seguindo o cronograma, desde a capacitação da equipe, a organização dos serviços, a preparação dos documentos para criar os arquivos e registros possibilitando o cadastramento e acompanhamento dos usuários pertencentes a UBS, assim como o fornecimento dos recursos para realizar o projeto. Mesmo sendo desenvolvidas por completo, durante a realização de algumas ações foram vivenciadas algumas dificuldades, como é o caso da carência de transporte para o desenvolvimento de algumas das ações propostas, além de que, alguns membros da equipe não estavam em condições para realizar as atividades do projeto em determinados dias por motivo de doença, outro motivo foi a questão da chuva que também dificultou o desenvolver de algumas atividades, no entanto, ao final tudo foi superado.

Durante as 12 semanas de intervenção todos os usuários hipertensos e diabéticos receberam atendimento integral e foram avaliados pela equipe. Todos estes usuários cadastrados e acompanhados na UBS hoje recebem remédios da farmácia popular, bem como tiveram a possibilidade de realização dos exames de rotina preconizados pelo Caderno Atenção Básica do Ministério da Saúde.

O total de usuários estimados para a área da abrangência é de 492 hipertensos e 121 diabéticos, dados segundo as estimativas propostas pela planilha de coleta de dados. No início da intervenção a meta era cadastrar e acompanhar 60% do total de hipertensos e 70% dos diabéticos. Durante a intervenção tivemos vários falecimentos 12 total ususários da UBS Hipertensos e Diabéticos, que não foram incluídos na intervenção, mas faziam parte da estimativa da população. No

entanto, como a intervenção teve a redução de 4 para 3 meses, a estimativa foi reduzida para 296 HAS e 85 DM a cobertura alcançada foi 197 e (66,6%) hipertensos e 64 diabéticos (77,3%). Do total, 213 usuários (hipertensos e diabéticos) acompanhados e cadastrados na UBS até o final da intervenção, todos tiveram avaliação multidimensional rápida e exame clínico apropriados em dia. Todos realizaram exames complementares periódicos coordenados pela secretaria de saúde, e foram rastreados na UBS quanto a presença de DM pelo teste rápido glicoteste. Hoje, do total dos 213 diabéticos e hipertensos cadastrados e acompanhados, 211 tem prescrição de medicamentos priorizados na Farmácia Popular com acesso aos medicamentos devido ao programa da UBS.

Mas para que isto fosse possível, no início da intervenção, mais especificamente nas três primeiras semanas a equipe recebeu capacitação para cadastramento dos usuários da área de abrangência da UBS, bem como para verificação da pressão arterial de forma criteriosa incluindo o uso adequado dos aparelhos e a realização do hemoglicoteste para aqueles com pressão arterial maior que 135/80. Também foi discutido o protocolo adotado para a intervenção e as fichas espelhos para os registros dos atendimentos.

Os usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus após cadastrados no programa da UBS passaram a ser monitorados continuamente por meio de consultas agendadas, atendimentos de livre demanda aliados a visitas domiciliares pela equipe de segunda a sexta feira.

Durante a intervenção a equipe trabalhou de forma continuada na criação dos registros dos usuários com diagnóstico da hipertensão arterial e diabetes Mellitus cadastrados no programa e também aos novos usuários diagnosticados. Diariamente o mapeamento era feito pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em toda a área.

Trabalhou-se permanentemente para a organização e adequação do acolhimento dos portadores da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus cadastrados na unidade, possibilitando atendimentos através do agendamento das consultas de segunda a quinta feira realizado durante os dois turnos. O acolhimento era feito por todos os profissionais da equipe e todo e qualquer usuário que chegasse a UBS era acolhido e realizado o rastreamento para HAS e DM.

Todo o material necessário para a intervenção foi fornecido pela secretaria de saúde em suficiente quantidade, sendo possível a aferição da pressão arterial

(esfigmomanômetro), IMC(fita métrica) e verificação da glicose (hemoglicoteste) na UBS pelos profissionais da equipe de saúde.

Todos os membros da equipe, técnica de enfermagem, medico, psicólogo, enfermeiro, dentista e os ACS, bem como o gestor, ofereceram a comunidade informações sobre a existência do programa de atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS, através das atividades coletivas, atendimentos individuais e visitas domiciliares. Além de que a equipe também ofereceu orientações à comunidade sobre os fatores de risco para desenvolvimento da hipertensão arterial e diabetes mellitus, sobre os fatores de risco associados, tais como a questão do tabagismo, obesidade, sedentarismo e outros hábitos nocivos para a saúde. Todas as atividades de promoção e educação de saúde realizadas na comunidade foram desenvolvidas, incluindo a população alvo como protagonista, além de sempre buscar engajar a comunidade no processo de co-responsabilização para com o cuidado de sua saúde. Era explicado a importância disso durante as visitas domiciliares e consultas de enfermagem, odontológica e médica. Todas as orientações foram reforçadas e os ACS tiveram um importante papel neste trabalho e na captação de possíveis novos usuários ainda sem acompanhamento e/ou diagnóstico para estas patologias.

Outro ponto positivo e que merece destaque é com relação a saúde bucal, pois dos 213 usuários cadastrados (Hipertensos e diabéticos), todos foram avaliados quanto às necessidades de atendimento odontológico, sendo parabenizado o trabalho sistemático e em equipe pelos profissionais da saúde bucal.

Todos os usuários cadastrados tiveram preenchidas a ficha espelho, sendo realizada a anotação da avaliação de riscos de morbimortalidade, isto propiciou o monitoramento da cobertura dos Hipertensos e Diabéticos da área, sendo realizada semanalmente e propiciando o preenchimento das planilhas de coleta de dado.

Uma das maiores dificuldades vivenciadas desde o inicio da intervenção e que ainda constitui um problema e que necessita ser trabalhado, é a articulação de toda a equipe no trabalho de atenção de saúde de família, pois venho trabalhando junto a equipe esta necessidade a mais de um ano de forma que todos compreendam a importância da continuidade do trabalho, mas se presencia desconhecimento e resistência por parte de alguns profissionais, o que dificulta o desenvolvimento das ações.

No entanto, mesmo considerando esta dificuldade, e o fato de não ter sido possível neste período de tempo cadastrar e acompanhar a totalidade de usuários diabéticos e hipertensos estimados para a área, com o término da intervenção foi possível melhorar o cuidado ofertado a esta população. Isto graças ao trabalho em equipe desenvolvido pela maioria dos profissionais, sendo possível identificar e acompanhar estes usuários e priorizar o cuidado ofertado, cuidado este que anteriormente não era oferecido de forma significativa.

Um fato muito importante e que deve ser destacado é a necessidade de sensibilização contínua da comunidade para a detecção precoce destas patologias, e suas formas de controle, tendo em vista o significativo aumento do número de usuários com doenças crônicas, sendo possível intervir de maneira satisfatória no processo de mudanças de hábitos nocivos a saúde, bem como nos modos de pensar e viver na sociedade.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Durante a intervenção, todas as ações foram desenvolvidas, no entanto algumas com dificuldade, pois conforme mencionado anteriormente, existe resistência de alguns profissionais quanto a mudanças nos atendimentos, bem como a real função da ESF na comunidade.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Durante as coletas de dados tive muitas dificuldades em resgatar os registros para preenchimento na planilha, em especial no que tange as informações descritas em cada diário, nem sempre pude contar com todos os membros da equipe para realizar as ações prevista, além de que, havia preenchido todos os dados de cadastro e acompanhamento de usuários na planilha na aba do mês 1, e quando precisei ajustar este acompanhamento para os demais meses encontrei bastante dificuldade. Neste período houve troca de orientador, e isto também dificultou o entendimento de ambas as partes, tive dificuldade para preencher todos os dados de cadastramento e acompanhamento no mês correspondente, isto causou muitas dúvidas e cheguei a acreditar que não conseguiria atingir as metas e finalizar, mas com o auxílio da orientadora e em especial de minha colega Idalis, tudo foi resolvido, também graças ao meu interesse em superar as dificuldades.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Todas as ações desenvolvidas para este grupo de usuários durante esta etapa está incorporada a rotina do serviço, no entanto, sua continuidade dependerá da comprometimento de todos os profissionais da equipe, cada um desempenhando suas atribuições, além do apoio constante das autoridades do município, em especial do gestor garantindo condições necessárias para o bom andamento das ações. Isto possibilitará a continuidade do trabalho e melhoria constante no programa.

Outro fato importante e que merece ser destacado no processo de trabalho é que além do engajamento da equipe multidisciplinar no programa de controle da Hipertensão e Diabetes, também houve melhorias em outros programas priorizados pelo ministério da saúde, pois a equipe compreendeu que quando se trabalha unido e organizado, as tarefas são desenvolvidas com maior facilidade.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção teve como objetivo melhorar a atenção para hipertensos e diabéticos pertencentes a área de abrangência da UBS, considerando o manejo destas doenças em conformidade com o preconizado pelos Cadernos de Atenção Básica n. 36 e n. 37 do Ministério da Saúde (MS), 2013. É sabido que o nível primário apresenta cenários variados em termos de recursos e condições de trabalho, provocando graus variados de complexidades. Para enfrentar essas dificuldades é importante planejar o atendimento para este grupo populacional, estabelecer o grau de complexidade e o controle a ser realizado pela equipe de saúde, a capacitação da equipe para o atendimento e identificação das condições de riscos bem como propiciando as mínimas condições para um atendimento de qualidade.

Para que isto fosse possível, durante a intervenção que teve a duração de 3 meses foram trabalhados objetivos, por meio de várias metas, sendo possível alcançar os seguintes resultados.

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

Meta 1 - Cadastrar 60% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Durante a intervenção o número de hipertensos da área de abrangência era de 296 segundo dados atualizados dos ACS. Durante a intervenção foi possível cadastrar

55 hipertensos no mês 1, 129 no mês 2 e 197 no mês 3, obtendo uma cobertura de 18,6%, 43,6% e 66,6% respectivamente, não atingiu a meta a UBS porque não contava com registro e arquivos, além de uma base de dados com informações desatualizada.(Figura 1).

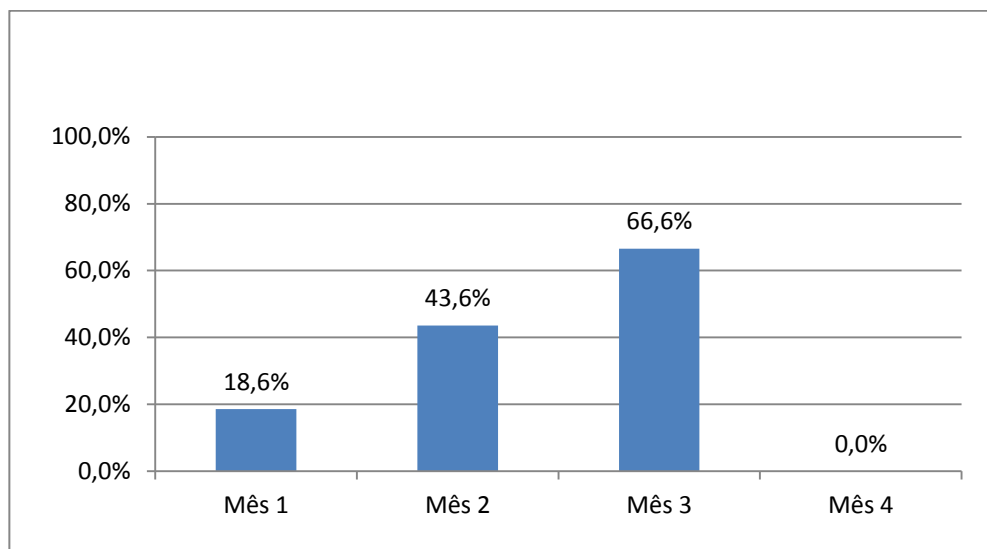


Figura 1 - Cobertura do Programa de Hipertensão na UBS Mocambinho. Joca Marquês/PI. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPel

Meta 2 : Cadastrar 70% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Durante a intervenção o número de diabéticos da área de abrangência da UBS segundo dados dos ACS era de 85. Durante os três meses de intervenção foi possível cadastrar e acompanhar 14 (16,5%) diabéticos no mês 1, 42 (49,4%) no mês 2, chegando a 64 diabéticos no mês 3, ou seja, uma cobertura de 75,3%, não atingiu a meta de 100%, devido a UBS não contava com registro e arquivo, além de base de dados e informações desatualizada (Figura 2).

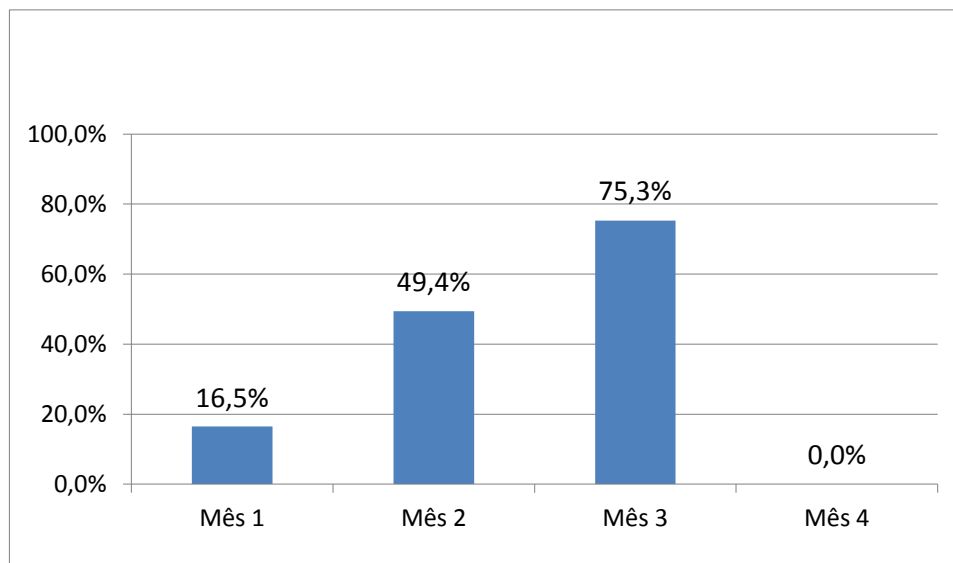


Figura 2 - Cobertura do Programa de Diabetes Mellitus na UBS Mocambinho, Joca Marques/PI, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

Meta 3. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

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

Para este indicador, dos 55, 129 e 197 hipertensos cadastrados e acompanhados no programa no primeiro, segundo e terceiro mês, todos tiveram avaliação do exame clínico em dia de acordo com o protocolo, ou seja, 100% ao longo dos três meses.

Meta 4. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos pacientes diabéticos.

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

Para este indicador todos os 14, 42 e 64 diabéticos cadastrados e acompanhados no programa, no primeiro, segundo e terceiro mês respectivamente tiveram o exame clínico em dia, ou seja, 100% em todos os meses de intervenção.

Meta 5: Garantir 100% dos hipertensos a realização de exame complementares um dia de acordo com protocolo

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

Durante o período da intervenção os usuários diagnosticados com hipertensão arterial pertencentes a área de abrangência da UBS compreendiam 296. Destes, 55 usuários cadastrados no mês 1, 54 (98,2%) fizeram exames complementares, no mês 2 dos 129 cadastrados e acompanhados na UBS, 128 (99,2%) fizeram exame complementar e no mês 3, dos 197 hipertensos cadastrados, 196 realizaram os exames complementares obtendo 99,4% de cobertura no final do mês 3. (Figura 3). Não foi possível realizar 100% devido a impedimento da religião praticada por alguns usuários.

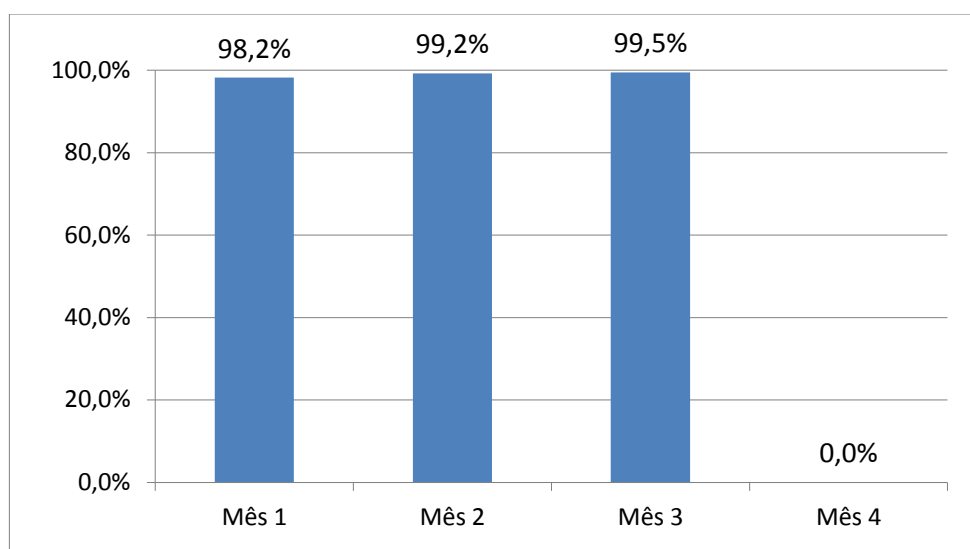


Figura 3 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 6. Garantir 100% dos diabéticos a realização de exame complementares um dia de acordo com o protocolo

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

Durante os três meses de intervenção, dos 14, 42 e 64 usuários diabéticos cadastrados e acompanhados ao longo do mês 1, 2 e 3 respectivamente, todos realizaram os exames complementares de acordo com o preconizado pelo protocolo, ou seja, 100% em todos os meses.

Meta 7. Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos usuários hipertensos

Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia .

Durante a intervenção dos 53, 127 e 195 usuários hipertensos cadastrados no programa da UBS, a todos foi garantido a prescrição de medicamentos da farmácia popular, ou seja, 100% nos três meses de intervenção para este indicador.

Meta 8. Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos usuários diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia

Durante a intervenção dos 14, 41 e 63 usuários diabéticos cadastrados no programa da UBS, todos, ou seja, 100% destes tiveram a prescrição de medicamentos da farmácia popular nestes três meses.

Meta 9. Realizar avaliação da necessidades de atendimento odontológico a 100% dos usuários hipertensos.

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

Durante a intervenção, dos 55 hipertensos cadastrados no programa no mês 1, 54 (98,2%) tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico. No mês 2 dos 129 hipertensos cadastrados 128 receberam tal ação e por fim no mês 3 dos 197 hipertensos cadastrados e acompanhados no programa, 196 receberam a avaliação da necessidade de atendimento odontológico pela equipe da UBS, totalizando 99,5% de cobertura. (Figura 4). É importante mencionar que o motivo pela qual 100% dos usuários não receberam avaliação odontológica, se deu pela distância das residências dos usuários da UBS, bem como pela dificuldade de transporte para levar o dentista para essa área que fica distante da UBS.

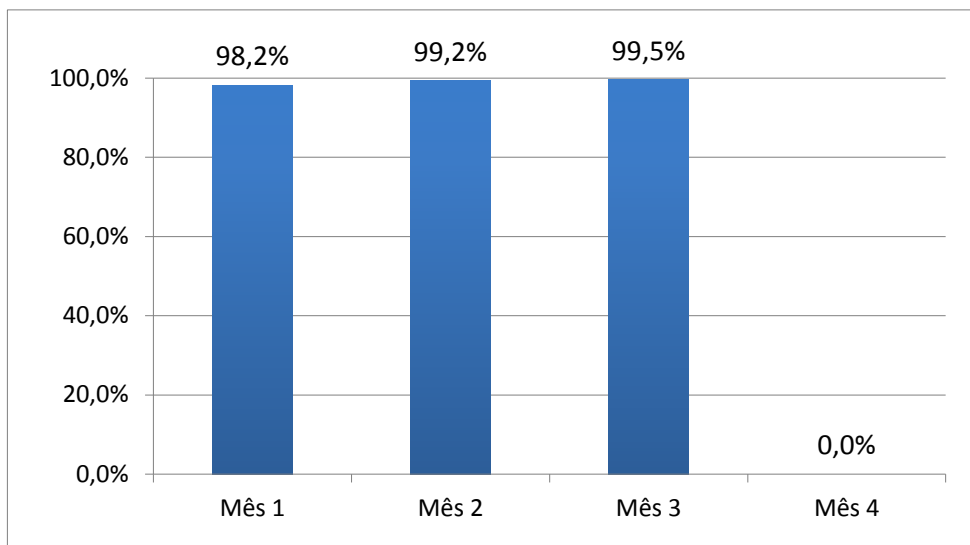


Figura 4 - Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Mocambinho. Joca Marques/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Meta 10 . Realizar avaliação da necessidades de atendimento odontologico a 100% dos usuários diabeticos.

Indicador: Proporção de diabeticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Este indicador teve um bom desempenho ao longo dos três meses de intervenção, já que nos três meses de intervenção dos 14, 42 e 64 diabéticos cadastrados e acompanhados no programa foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico, ou seja, 100% de cobertura em todo o período.

Objetivo 3 : Melhorar a adição do programa aos usuários com hipertensão arterial e diabetis mellitus

Meta 11. Fazer busca ativas de 100% dos usuários hipertensos faltosos a consulta

Indicador: Proporção de usuários hipertensos faltosos a consultas

Durante o período da intervenção a equipe estava determinada a busca de hipertensos faltosos.posso destacar que a falta de registro, arquivos o controle e vigilância deteminou que No mês 1, 2 e 3 dos 25, 77 e 145 o alto numero hipertensos faltosos as consultas, todos, ou seja, 100% destes foram buscados pela equipe em cada mês respectivamente.

Meta 12. Fazer busca ativas de 100% dos pacientes diabeticos faltosos a consulta

Indicador: Proporção de usuários diabeticos faltosos a consulta

Durante a intervenção, a falta de arquivos, registros, controle e vigilância dos 14, 42 e 64 diabéticos cadastrados e acompanhados ao longo da intervenção, 8, 28 e 50 destes diabéticos estavam faltosos a consulta na UBS, no entanto, todos, ou seja, 100% deles foram buscados pela equipe.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Durante a intervenção, para os 55, 129 e 197 hipertensos cadastrados e acompanhados na UBS no mês 1, 2 e 3 respectivamente, todos, ou seja, 100% tiveram ficha de acompanhamento realizado pela equipe.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabeticos com registro adequado na ficha de acompanhamento .

Durante a intervenção, os 14, 42 e 64 diabéticos cadastrados e acompanhados na UBS no mês 1, 2 e 3 respectivamente, todos, ou seja, 100% tiveram ficha de acompanhamento realizado pela equipe durante todo o período.

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

Meta 15. Realizar avaliação de risco em 100% dos usuários hipertensos cadastrado no programa

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clinica em dia.

Durante a intervenção, dos 55, 129 e 197 hipertensos cadastrados e acompanhados na UBS no mês 1, 2 e 3 respectivamente, todos, ou seja, 100% foi realizado a estratificação de risco cardiovascular conforme preconizado pelo protocolo.

Meta 16: Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clinica em dia

Durante a intervenção, dos 14, 42 e 64 diabéticos cadastrados e acompanhados na UBS no mês 1, 2 e 3 respectivamente, todos, ou seja, em 100% deles foi realizado a estratificação de risco cardiovascular conforme preconizado pelo protocolo.

Objetivo 6 . Promover a saúde dos usuários hipertensos e diabeticos

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

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

Durante a intervenção, dos 55, 129 e 197 hipertensos cadastrados e acompanhados na UBS no mês 1, 2 e 3 respectivamente, todos, ou seja, 100% receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável, pela equipe de saúde, o NASF tanto na UBS durante os atendimentos individuais, como pelos ACS durante as visitas domiciliares. Foram ofertada palestra pela nutricionista.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

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

Durante a intervenção, dos 14, 42 e 64 diabéticos cadastrados e acompanhados na UBS no mês 1, 2 e 3 respectivamente, todos, ou seja, 100% receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável pela equipe de saúde, o NASF, tanto na UBS durante os atendimentos individuais, como pelos ACS durante as visitas domiciliares.foram ofertadas palestra pela nutricionista.

Meta 19. Garantir orientação em relação a prática de atividade física a 100% dos hipertensos.

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

Durante a intervenção, dos 55, 129 e 197 hipertensos cadastrados e acompanhados na UBS no mês 1, 2 e 3 respectivamente, todos, ou seja, 100% receberam orientações em relação a prática regular de atividade física pela equipe de saúde, o NASF, tanto na UBS durante os atendimentos individuais, como pelos ACS durante as visitas domiciliares. Foram ofertadas palestras pelo preparador físico

Meta 20: Garantir orientação em relação a prática de atividade física a 100% dos diabéticos.

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

Durante a intervenção, dos 14, 42 e 64 diabéticos cadastrados e acompanhados na UBS no mês 1, 2 e 3 respectivamente, todos, ou seja, 100% receberam orientações em relação a prática regular de atividade física pela equipe de saúde, o NASF tanto na UBS durante os atendimentos individuais, como pelos ACS durante as visitas domiciliares. e ofertadas palestras pelo preparador físico

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Durante a intervenção, dos 55, 129 e 197 hipertensos cadastrados e acompanhados na UBS no mês 1, 2 e 3 respectivamente, todos, ou seja, 100% receberam orientações sobre os riscos do tabagismo pela equipe de saúde, o NASF, tanto na UBS durante os atendimentos individuais, como pelos ACS durante as visitas domiciliares.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Durante a intervenção, dos 14, 42 e 64 diabéticos cadastrados e acompanhados na UBS no mês 1, 2 e 3 respectivamente, todos, ou seja, 100% receberam orientações sobre os riscos do tabagismo pela equipe de saúde, o NASF, tanto na UBS durante os atendimentos individuais, como pelos ACS durante as visitas domiciliares.

Meta 23: Garantir orientação sobre a higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Durante a intervenção, dos 55, 129 e 197 hipertensos cadastrados e acompanhados na UBS no mês 1, 2 e 3 respectivamente, todos, ou seja, 100% receberam orientações sobre higiene bucal pela equipe de saúde, o NASF, tanto na UBS durante os atendimentos individuais, como pelos ACS durante as visitas domiciliares.

Meta 24: Garantir orientação sobre a higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Durante a intervenção, dos 14, 42 e 64 diabéticos cadastrados e acompanhados na UBS no mês 1, 2 e 3 respectivamente, todos, ou seja, 100% receberam orientações sobre higiene bucal pela equipe de saúde, o NASF, tanto na UBS durante os atendimentos individuais, como pelos ACS durante as visitas domiciliares.

4.2 Discussão

O projeto da intervenção desenvolvido na Unidade Básica de Saúde (UBS) Mocambinho teve um período de duração de 12 semanas. Durante os três meses da intervenção a população alvo do projeto foi de 213, deste grupo 197 eram hipertensos e 64 eram diabéticos. A equipe utilizou como instrumentos de trabalho para o projeto os Cadernos de Atenção Básica n. 36 e n.37 referente ao manejo da hipertensão arterial e diabetes mellitus do Ministério da Saúde, ano 2013. Com esta intervenção foi possível evidenciar algumas mudanças no que tange a oferta do cuidado tanto para a população, como para o serviço e equipe de saúde.

Dentre estes avanços destaca-se a ampliação da cobertura da atenção a todos os grupos prioritários, pois anteriormente a intervenção, a UBS tinha como atividade fundamental o programa de vacinação e o atendimento no dia por demanda livre. Por meio da intervenção foi possível ampliar a cobertura de atendimento a toda a população por meio de um atendimento organizado. Também foi possível sensibilizar a todos da equipe para a importância dos registros, para isto foram adotadas fichas espelhos específicas, melhorando desta forma o monitoramento e avaliação do serviço para os diferentes grupos populacionais, possibilitando um adequado seguimento não somente para os usuários com hipertensão arterial e diabete mellitus, mas para a população toda.

A intervenção condicionou uma melhoria no cuidado ofertado aos usuários com DM e HAS, sendo ofertado atendimento integral e com qualidade, também possibilitou um maior envolvimento da equipe e os demais profissionais que dão apoio a saúde, e isto foi de fato determinante para organizar o trabalho na atenção a população alvo da intervenção, considerado imprescindível para a adesão das mesmas a todos os programa. Além disso, foi possível atingir o objetivo principal que era permitir atendimento com qualidade para todos os hipertensos e diabéticos na UBS, dando continuidade aos demais atendimentos já realizados na UBS. Durante a intervenção intensificaram-se as visitas domiciliares, sendo possível cadastrar e acompanhar 27 usuários portadores de tais patologias acamados ou com problemas

de locomoção, avaliando-os integralmente. Todos os hipertensos e diabéticos foram avaliados pela equipe multiprofissional.

A intervenção propiciou que toda a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do protocolo do MS relativos ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, sendo revisada e assegurada as atribuições de cada membro da equipe no programa, organizando o cuidado e melhorando a atenção ofertada aos hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

Além de que durante a intervenção foi necessário realizar a organização do trabalho da equipe, cada ACS desenvolvia as ações do programa em sua microárea em conjunto com os profissionais da equipe. A equipe realizava o acolhimento na UBS, atendimentos individuais e o monitoramento do programa por meio do sistema de registro dos hipertensos e diabéticos para possível identificação de faltosos as consultas e possível busca ativa pelos ACS. A equipe teve a responsabilidade no acompanhamento o tempo todo, detectando alterações da saúde e outros fatores que afetam o bem estar deste grupo, assim como na promoção da saúde na comunidade além de manter as informações atualizadas e participar no processo de avaliação integral.

O médico responsável da intervenção ofereceu seguimento para o desenvolvimento de pesquisas, avaliação clínica, planejamento e desenvolvimento das ações na área de abrangência. Além disso, a equipe como um todo coordenou ações com os integrantes da equipe do NASF, equipe odontológica e lideranças comunitárias. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuaram junto as família e líderes da comunidade para a conscientização da necessidade da intervenção, visitaram os faltosos as ações e ofereceram atividades de educação para a saúde com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e modificar modos e estilos de vida.

A importância do projeto de intervenção para o serviço é percebida pelos processos de trabalho que foram organizados, e que por mais que pareceu ser um processo complexo e com dificuldades no inicio, foi favorecido pela interação entre o profissional de saúde da atenção básica e sua comunidade. Essa interação contribui para manter o vínculo com o serviço de saúde durante todo tempo, e diminuiu consideravelmente os riscos de intercorrências para todos os membros da comunidade. É válido ressaltar que no inicio tiveram algumas resistências, pois não existia trabalho em equipe, cada membro desenvolvia suas funções de forma isolada, com base em planejamentos individuais, na medida que a equipe foi se

qualificando para a intervenção, logo percebeu que havia a necessidade de um trabalho em conjunto com todos os profissionais, e a partir de então se conseguiu um maior grau de comprometimento com atenção de saúde da família.

Foram criados os arquivos e registros dos usuários da UBS, melhorou o controle aos grupos de prioridade, a população começou a receber os remédios de farmácia popular, o agendamento e as consultas continuadas tiveram o seguimento de forma adequada, os encaminhamentos para especialidades realizaram-se de forma ordenada, um número maior de remédios foram fornecidos para melhorar o atendimento na UBS. Outros grupos programáticos passaram a ofertar o cuidado também de forma organizada como é o caso das gestantes, puericultura bem como os programas de câncer de colo e mama receberam mudanças favoráveis com esta intervenção.

Por isto é possível concluir que a intervenção propiciou avanços bem significativos para o serviço.

Para a comunidade a intervenção foi importante pois possibilitou uma atenção integral a todos, tendo em vista que o cuidado aos hipertensos e diabéticos foi priorizado mas toda a comunidade continuou recebendo todos os atendimentos e de forma mais organizada. A existência de fatores de risco pesquisado na busca ativa durante os três meses da intervenção favoreceu a toda a população de 20 anos e mais, muitos pesquisados não pertenciam ao grupo de prioridade de nossa intervenção, mas foram favorecidos pelas atividades de promoção e a prevenção de saúde oferecida pela equipe a toda a comunidade quanto a importância de todos adquirirem hábitos mais saudáveis e novo estilo de vida.

Com a intervenção e a educação em saúde as ações básicas tiveram como objetivo levar à comunidade à reflexão sobre a saúde dos hipertensos e diabéticos, a população conhece sobre a importância de adotar práticas saudáveis e realizar mudanças sobre visões errôneas das doenças crônicas, o projeto permitiu à comunidade trocar informações e conhecimentos com a equipe multidisciplinar, favorecendo a sensibilização aos hábitos nocivos para a saúde, estando mais atentos a sinais de alerta de várias doenças, possibilitando o diagnóstico adequado e acompanhamento precoce. A intervenção possibilitou aumentar a adesão às ações ofertadas para este grupo e outros. Também garantiu maior entrosamento entre a equipe e a comunidade além de permitir o aumento do nível de informação da população sobre saúde pública e outras temáticas de interesse.

Durante todo o tempo que desenvolvia a intervenção uma necessidade descoberta foi que era preciso garantir de maneira permanente o funcionamento e articulação da equipe com as diferentes estruturas administrativas do serviço de saúde como o gestor, o coordenador da equipe, enfermagem, grupo de apoio NASF e lideranças comunitárias para garantir a qualidade do processo de trabalho, além do processamento adequado das informações segundo os protocolos e portarias do Ministério da Saúde, portanto se a intervenção iniciasse hoje daria maior atenção a estes aspectos desde antes da intervenção começar.

A intervenção está incorporado a rotina do serviço. A equipe desenvolveu ciência de que a atenção de saúde da família deve garantir uma atenção de qualidade. As atividades de promoção de saúde na UBS estão todas sendo desenvolvidas na comunidade com o objetivo de continuar a conscientização da população quanto a necessidade de atenção priorizada para os hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência. Hoje todo e qualquer usuário quando diagnosticado com HAS ou DM está sendo cadastrado ao chegar no serviço, bem como esta recebendo sua caderneta de controle, o numero de prontuário, sua ficha espelho está sendo atualizada, avaliada sua caderneta de vacinação, sendo ofertada a consulta inicial com o preenchimento de todas as suas informações, recebendo avaliação para a classificação de riscos, avaliação de tratamentos medicamentosos, recebendo orientação nutricional, sobre atividades da pratica de atividades físicas, também sobre hábitos nocivos (fumo, álcool e drogas), sobre higiene bucal, sedentarismo e obesidade. Ao longo da intervenção foram proferidas atividades educativas quinzenais com nutricionista, médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e preparador físico interagindo com a comunidade, ensinando sua responsabilidade na tomada de decisões sempre vinculando o NASF em todas as atividades. As atividades de promoção de saúde foram desenvolvidas na unidade básica de saúde e na comunidade em parceria com outros setores e instituições religiosas com a utilização dos meios de comunicação massivos como espaços privilegiados para a disseminação da proposta e divulgação das experiências de trabalho. Pretendemos desta maneira contribuir para o desenvolvimento de serviços de saúde culturalmente adequados à população no sentido de satisfazer os principais cuidados de saúde, reconhecendo e respeitando a sua identidade cultural, onde a comunidade seja a protagonista na identificação e tomada de decisões de seus problemas de saúde.

Tendo em vista tudo isto, a nossa meta principal é diminuir o número de complicações dos usuários com doenças crônicas e melhorar a educação da população sobre fatores de risco através da prevenção em saúde. Considerando a realidade e as possibilidades existentes é possível considerar que o maior desafio será manter o comprometimento e a responsabilidade de todos os integrantes da equipe para com este cuidado, se isto se manter, será possível dar continuidade a todo o trabalho feito bem como possibilitar melhorar todos os demais programas de saúde melhorando gradativamente a qualidade do cuidado ofertado em atenção de saúde da família.

5 Relatório da intervenção para gestores

Senhor gestor!

A HAS e a DM são duas patologias que se constituem fatores de risco para doenças recorrentes tais como ateroscleroses e a trombooses, bem como demais complicações que podem acometer significativamente a qualidade de vida dos usuários por suas complicações incapacitantes. Estas patologias são responsáveis por ocasionar maior redução da expectativa de vida a nível mundial.

Diante disso, é de seu conhecimento que eu enquanto médico pelo Programa Mais Médicos para o Brasil tive a oportunidade de realizar um curso oferecido pela UFPEL, e para que eu pudesse finalizá-lo seria necessário realizar um trabalho de intervenção que visasse melhorar o atendimento ofertado na UBS Mocambinho em algum grupo populacional, devendo optar pelo grupo em que o cuidado não estivesse sendo ofertado de forma organizada e com qualidade.

Tendo em conta isto se realizou uma análise da situação da área abrangente da UBS Mocambinho e se identificou que existiam sérios problemas no seguimento e controle do programa de hipertensão e diabetes, e considerando que tais doenças crônicas são as que mais acometem a população, não sendo diferente em nossa UBS a equipe optou por desenvolver este trabalho com os hipertensos e diabéticos.

O trabalho teve como objetivo ampliar a cobertura, melhorar a qualidade do atendimento e a adesão ao programa de atenção de saúde para hipertensão arterial e diabetes mellitus. Com a intervenção foi possível cadastrar e acompanhar 197 Hipertensos (66,6%) e 64 Diabéticos (75,3%) da área de abrangência. Dos cadastrados e acompanhados muitos foram identificados como casos novos, ou seja, nunca haviam recebido o atendimento para este enfoque. Com a intervenção foi possível que os hipertensos e diabéticos acompanhados desenvolvessem uma melhor compreensão de suas doenças, melhorando assim a sua qualidade de vida.

Durante a intervenção intensificaram-se as visitas domiciliares, sendo possível cadastrar e acompanhar 27 usuários portadores de tais patologias acamados ou com problemas de locomoção, avaliando-os integralmente. Todos os hipertensos e diabéticos foram avaliados pela equipe multiprofissional com a identificação de riscos cardiovasculares e de tabagismo, foram orientados quanto as

necessidade de praticas de exercício físico, a nutrição e alimentação saudável e as necessidade de atendimento odontológico, avaliando a necessidade de encaminhamento a outras especialidades. Também se trabalhou com os faltosos as consultas, sendo intensificadas as buscas identificando as causas e resgatando seu atendimento.

O projeto permitiu a capacitação da equipe no que tange a prevenção destas doenças crônicas, bem como facilitou a integração entre a equipe e demais segmentos do município, tão necessárias para o bom desenvolvimento da atenção da saúde da família. Também melhorou a integralidade nas visitas domiciliares, possibilitou realizar intervenções junto às famílias e comunidades, além de melhorar a qualidade de vida da população alvo de estudo repercutindo também na comunidade.

Ao longo da intervenção foram proferidas atividades educativas quinzenais com nutricionista, médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e preparador físico interagindo com a comunidade, ensinando sua responsabilidade na tomada de decisões sempre vinculando o NASF em todas as atividades. Os temas abordados na comunidade se referiram a prática de atividade física, alimentação saudável, imunização, tabagismo, doenças transmissível, também foi enfatizado sobre o uso adequado da medicação entre outros temas questionados pela comunidade, inclusive sempre era reforçado que a base de uma melhora em sua saúde não dependia somente do trabalho desenvolvido pela equipe por meio das atividades de educação, promoção e prevenção de saúde, mas também dependia fundamentalmente da participação da comunidade se responsabilizando para com sua saúde, e modificando hábitos no seu estilo de vida.

Um aspecto que é importante destacar é o apoio que tivemos da gestão, por meio da garantia do meio de transporte que facilitou o deslocamento da equipe da UBS na realização das visitas domiciliares, bem como disponibilizou o transporte para os usuários que vivem em áreas distantes e/ou com problemas para se locomover para virem até a UBS, além de que também se garantiu a realização dos exames laboratoriais para o controle e seguimento das doenças e a distribuição em dia dos medicamentos priorizados pelo MS.

Sabemos que temos muito a melhorar e somos muito grato pelo apoio que recebemos de todos vocês gestores municipais, garantindo os recursos necessários, sem isto não teria sido possível o desenvolvimento deste trabalho.

No entanto, é importante sinalizar que mesmo a intervenção terminando o cuidado terá continuidade na rotina do serviço bem como outros programas serão também organizados, mas para que isto seja possível é fundamental seu apoio, bem como o envolvimento e o empenho de todos os profissionais de saúde, sejam eles da equipe de saúde da família, do NASF, bem como dos demais níveis de atenção, todos nós precisamos ser co-responsáveis incluindo a comunidade, participando dos conselhos de saúde onde se analisarão os problemas de saúde que incidem na comunidade e se dê um ordem de prioridades na sua solução.

A fim de buscar algumas melhorias que garantam a qualidade de nosso atendimento e um melhor controle das doenças, gostaríamos de sugerir ao senhor gestor, a possibilidade de pactuação com um laboratório clínico que permita avaliar com qualidade todos os diabéticos e hipertensos, já que a maioria dos usuários possuem baixos recursos econômicos e isto os impossibilita de realizar outros exames de maior complexidade. Além de que a UBS necessita de algumas melhorias, como é o caso de materiais educativos sobre promoção em saúde, computadores que permitam digitalizar e informatizar os dados coletados possibilitando maior controle e avaliação das informações clínicas dos usuários cadastrados na UBS.

Sabemos que melhorias sempre serão necessárias e bem vindas, mas que nem sempre são possíveis, portanto contamos com a sua colaboração para as melhorias possíveis. Além de que mais uma vez gostaria de agradecer a todos os que de uma maneira ou outra apoiaram a intervenção, pois os benefícios foram imensuráveis e repercutiram positivamente no serviço, na equipe e na comunidade.

Muito obrigada pela sua atenção!

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

A Estratégia de saúde da família requer o envolvimento de todos os profissionais (Profissionais da saúde, administrativos, gestores e a comunidade entre outros) o que exige a necessidade de implementar e articular medidas de ação para assegurar que todos os usuários que buscam ao sistema de saúde recebam um tratamento igual e culturalmente adequado às suas necessidades específicas.

E para que isto aconteça a capacitação e superação profissional é algo muito importante, pois possibilita o profissional se manter atualizado garantindo um atendimento de qualidade e um serviço diferenciado segundo os programas priorizados pelo ministério de saúde, para isso eu enquanto médico pelo Programa Mais Médicos para o Brasil tive a oportunidade de realizar um curso oferecido pela UFPEL, e para que eu pudesse finalizá-lo seria necessário realizar um trabalho de intervenção que visasse melhorar o atendimento ofertado na UBS Mocambinho em algum grupo populacional, devendo optar pelo grupo em que o cuidado não estivesse sendo ofertado de forma organizada e com qualidade.

Tendo em conta isto se realizou uma análise da situação da área abrangente da UBS Mocambinho e se identificou que existiam sérios problemas no seguimento e controle do programa de hipertensão e diabetes, portanto este foi o grupo populacional que a equipe optou por desenvolver esta intervenção.

Para a produção de resultados satisfatórios da intervenção na comunidade, a equipe Estratégia da Saúde da Família, de Mocambinho trabalhou em priorizar as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos usuários, de uma forma contínua e integral na unidade de saúde e no domicílio, buscando resolutividade e boa qualidade. Mas para que isto acontecesse na prática primeiro foi preciso conhecer as necessidades da população, identificadas a partir do diagnóstico realizado e do permanente acompanhamento das famílias adscritas, intervindo sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta e criando grupos de apoio

com membros da comunidade que nos ajudassem na divulgação dos programas de saúde, minimizando sequelas e complicações dos hipertensos e diabéticos possibilitando um controle adequado da doença e seus fatores de risco, e poder integrá-los socialmente à sociedade.

A ESF para realizar este trabalho adotou o manual do MS onde prevê como este cuidado deve ser ofertado para este grupo populacional, criaram-se fichas espelhos para os registros dos atendimentos, as consultas para estes usuários foram priorizadas, assim como um atendimento diferenciado aos usuários com dificuldades de locomoção.

Através desta intervenção a ESF passou a ofertar o cuidado em equipe com distribuição de tarefas e incorporação da equipe odontológica a nosso sistema de trabalho, outro elemento positivo foi que com isto ganhamos a confiança e credibilidade de vocês, pois conseguimos organizar o cuidado na UBS bem como divulgar de forma efetiva o cronograma de trabalho da equipe na comunidade, que por sinal foi bem aceito. É importante ressaltar o trabalho dos agentes comunitários de saúde, pois trabalharam incansavelmente estreitando o vínculo entre os profissionais de saúde com todos vocês usuários, buscando sempre envolver outros setores como é o caso do NASF nas atividades da equipe dentro da comunidade.

Com a intervenção foi possível cadastrar e acompanhar 213 usuários, sendo que destes 197 (66,6%) eram hipertensos e 64 (75,3%) diabéticos, além de que todos os cadastrados foram avaliados quanto aos riscos, tiveram a oportunidade de realizar exames complementares, receberam orientações diversas dos profissionais de saúde tanto nos atendimentos individuais como em atividades coletivas de grupo, tiveram acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e a avaliação de sua saúde bucal.

Todo este trabalho que relatei é parte de um trabalho de intervenção e por mais que a intervenção tenha terminado esta forma de cuidar terá continuidade na UBS, pois foi incorporada a rotina do serviço. Para isto adequamos os prontuários com o objetivo de coletar as informações que permitissem uma melhor avaliação da população alvo e realizar uma adaptação dos procedimentos de assistência e de acolhimento existentes às características da população. As atividades de promoção de saúde foram desenvolvidas na unidade básica de saúde e na comunidade em parceria com outros setores e instituições religiosas com a utilização dos meios de comunicação massivos como espaços privilegiados para a disseminação da

proposta e divulgação das experiências de trabalho. Pretendemos desta maneira contribuir para o desenvolvimento de serviços de saúde culturalmente adequados à população no sentido de satisfazer os principais cuidados de saúde, reconhecendo e respeitando a sua identidade cultural, onde a comunidade seja a protagonista na identificação e tomada de decisões de seus problemas de saúde.

Permitiu, igualmente, desmistificar pré-conceitos acerca destas doenças e que afetavam negativamente a comunidade, também foi possível trabalhar a sensibilização para a prevenção e diagnóstico precoce.

Portanto tomando este trabalho como exemplo, a equipe pretende continuar melhorando o cuidado ofertado aos demais grupos populacionais como é o caso das crianças, gestantes, idosos entre outros, mas para que isto seja possível é muito importante que todos vocês da comunidade nos apoiem participando das atividades, sugerindo possíveis melhorias e participando ativamente de todo o trabalho da equipe. Pois o que queremos é que o cuidado que a equipe oferta seja cada vez melhor e mais organizado, mas para que isto aconteça precisamos continuar tendo o apoio de todos vocês.

Obrigada a todos!!!

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

É importante ressaltar que durante todo o ano tem sido observadas mudanças em nosso trabalho, devido ao número de informações recebidas através da especialização. O estudo da análise situacional que foi realizado em paralelo ao curso, se constituiu um meio de ampliação do conhecimento gerando evidências muito importantes para a tomada de decisão em saúde, considerando a relevância dos temas abordados e as especificidades de cada região onde os programas são executados.

Foi possível com a intervenção obter conhecimento acerca de outros assuntos, todos muito importantes para o progresso do conhecimento, e para a melhora dos serviços de saúde, auxiliando na abordagem adequada aos demais programas de saúde, fornecendo orientações para o desenvolvimento das habilidades necessárias para o trabalho na atenção básica e saúde da família.

O meu processo de aprendizagem no curso foi fundamental, tendo em vista que a qualificação profissional se tornou um meio de difusão de conhecimento epidemiológico aplicável às ações de vigilância, além da prevenção e controle de doenças de interesse da saúde pública, sua distribuição, sua frequência, suas consequências, bem como a eficácia e efetividade das intervenções.

Hoje nossa unidade não conta com todos os protocolos para a atuação, e ainda apresenta dificuldades com a referência para as especialidades considerando o longo tempo de espera para a avaliação dos usuários. Também se apresentam dificuldades na contra referência dos usuários, sendo uma carência que afeta o posterior acompanhamento, fluxo, interação e a troca de conhecimentos.

Como dado positivo no momento atual é possível destacar que o médico clínico geral e o enfermeiro também estão realizando o curso de especialização de saúde da família e isto trará retorno positivo para a UBS por meio da organização de

novos programas, também é válido destacar a superação técnica do trabalho dos ACS, favorecendo desta forma para um melhor desenvolvimento e aplicação dos programas desenvolvidos pela equipe.

Como profissional o curso me possibilitou um momento de trocas de saberes, qualificação profissional, bem como melhorou a inter-relação entre as expectativas do SUS e o trabalho ofertado em equipe e em conjunto com a comunidade, e além de estar muito bem estruturado por meio de uma metodologia diferente de ensino, permitiu atualização em temas de grande utilidade para a prática profissional sendo um fator muito importante para adequar nosso conhecimento a realidade do Brasil.

As práticas clínicas foram consideradas tanto por mim como pela maioria de meus colegas como uma nova visão da atualidade médica e um estímulo para a busca do conhecimento, pois novamente sentimos a necessidade da atualização e busca continua nos livros de novos conceitos. Foi muito discutido por todos.

Também a iniciativa do diário de intervenção permitiu uma forma de organização do ensino de forma que nossas ideias e sentimentos fossem descritos com sinceridade. Uma boa fonte de estimulação foram os casos clínicos, possibilitando a medicina preventiva ser vista de maneira integral não só para os médicos como também para usuários e à toda a comunidade.

No início da intervenção encontramos muitas limitações que impediam o bom desenvolvimento da intervenção. O município é carente economicamente e não conta com infraestrutura em saúde que garanta a qualidade dos serviços. Mas o curso nos ofereceu as ferramentas necessárias para a organização e o planejamento das atividades, com ele a equipe se integrou com inclusão da equipe odontológica e traçaram-se atividades conjuntas encaminhadas a promover saúde na comunidade. Também nossa inserção na mesma foi um elemento crucial para o bom desenvolvimento da intervenção.

Embora as mudanças precisassem de tenacidade e perseverança dos integrantes da equipe, os resultados obtidos ocorreram devido à luta, a divulgação, as atividades educativas, o apoio dos líderes comunitários, o trabalho respeitável da equipe multiprofissional, que foram decisivos na intervenção. A distribuição de tarefas entre os profissionais da equipe tiveram como resultado um serviço integral de qualidade.

É bom sinalizar que a população alvo de nossa intervenção, de maneira voluntária, participou da intervenção até o final; a vinculação dos gestores e da

comunidade repercutiu junto á valorização das atividades de promoção e prevenção de saúde, bem como a educação e capacitação permanente dos profissionais de saúde foram os protagonistas de nosso projeto.

Por fim, posso dizer que durante todo o processo de aprendizagem o fato mais relevante da intervenção foi a incorporação deste processo de trabalho á rotina do serviço, obtendo a confiabilidade e credibilidade da comunidade permitindo que a atenção primaria seja considerada a principal porta de entrada ao sistema de saúde e possa ser uma medicina para todo o povo Brasileiro.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf.5.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf.5.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese das Informações – Joca Marques – PI.** Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>, acesso em 06 de novembro 2014.

DONABEDIAN, A. **Evaluation the quality of medical care.** Milbank Q. 1966; 44:166.

DONABEDIAN, A. **The quality of care. How can it be assessed?** Journal of the American Medical Association 1988; 260(12): 1743---8.

PEREIRA, M. G. Epidemiologia, teoria e prática. **Serviços de saúde:** marco de referência para estudo do tema. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 1995.

SAMICO, I; FELISBERTO, E; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. **Avaliação em Saúde.** Bases Conceituais e Operacionais: Atributos da Qualidade em Saúde. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador: