

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na UBS São José, Trindade do Sul/RS**

Julio Rodríguez Padrón

Pelotas, 2015

Julio Rodríguez Padrón

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na UBS São José, Trindade do Sul/RS**

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

Orientador: Daniela Nunes Cruz

Pelotas, 2015

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

P124m Padrón, Julio Rodriguez

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS São José, Trindade do Sul/RS / Julio Rodriguez Padrón; Daniela Nunes Cruz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

90 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Cruz, Daniela Nunes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha mãe Araceli, por guiar-me pelos sinuosos caminhos da vida e na busca do conhecimento.

A minha irmã Damaris, por sempre ser um exemplo e incentivo para minha superação pessoal e profissional.

A minha avó Elina (in memoriam), por me ensinar tudo o que hoje sei e sou.

Agradecimentos

Os meus mais sinceros agradecimentos a minha orientadora Daniela Nunes Cruz pela sua sólida preparação e ajuda incondicional durante todo desenvolvimento do curso.

Aos meus colegas da equipe e amigos que todo dia fazem parte da minha vida: Angela Vigne, Elenice Pasterchak, Rudan Tonin, Amelia Albrecht, Luciana Lazaretti.

Agradeço aos agentes comunitários de saúde Jucelia, Karla, Ana e Jackeline que sem os seus esforços não poderíamos ter completado este trabalho.

Aos gestores José, Kátia Ratkiecvikcs que fizeram possíveis muitos de nossos resultados com sua ajuda consciente e verdadeira.

A meu supervisor o Dr. Marcos por acreditar de coração no grande sonho de ter para o Brasil um sistema de saúde mais universal, mais integral e muito mais equitativo.

Ao meu psicólogo e amigo Joelson Modesti por me ajudar a ver o mundo com uma visão totalmente diferente.

A minha nova família no Brasil, Alcida, Fernanda, Anderson, Moacyr Augusto, Emanuel, Carolina, Janete e Antônio, que me acolheram como mais um de seus filhos, os meus agradecimentos verdadeiros.

Finalmente a todo o pessoal que não foi nomeado, que direta ou indiretamente, contribuíram de alguma forma. Para eles todo o meu reconhecimento e gratidão.

Resumo

Rodríguez Padrón, Julio. **Melhoria da atenção aos Usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS São José, Trindade do Sul/RS.** 2015. 88fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As doenças crônicas não transmissíveis constituem um problema de saúde global, sendo uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. Entre elas se encontram duas de grande prevalência e de crescente incidência mundial, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. Neste contexto, o Brasil aparece como o oitavo país com maior prevalência de Diabetes no mundo e para hipertensão existe uma média de 32% da população brasileira que sofre da doença, podendo atingir 50% em pessoas de mais de 60 anos e até 75% em maiores de 70 anos. Esta realidade não é muito diferente na área de abrangência da UBS São José. A estimativa populacional está em torno de 1800 habitantes, existe uma prevalência de 17% e 3% respectivamente para hipertensão e diabetes. Em resposta a esses dados, decidimos desenvolver uma intervenção sobre a ação programática de Atenção a saúde dos hipertensos e diabéticos com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS São José, Trindade do Sul/RS. A intervenção foi realizada durante 12 semanas, entre os meses de abril a junho de 2015. Participaram da intervenção 244 hipertensos e 29 diabéticos, tendo como estimativa de usuários na área de abrangência 315 usuários com diagnóstico de hipertensão e 60 usuários com DM maiores de 18 anos. Entre os resultados relevantes obtivemos um aumento de usuários cadastrados na unidade, elevando a cobertura para 77% para usuários com hipertensão e 48% para usuários com diabetes, além de melhorar todos os indicadores de qualidade, superando 80% como média pela aplicação da intervenção. Em relação a realização do exame clínico, ao longo de 3 meses conseguimos atingir 155 hipertensos (63,5%) e 24 diabéticos (82,8%). A avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi realizada para 43 hipertensos (42,2%) e 22 diabéticos (75,9%). Do ponto de vista qualitativo a intervenção foi de grande importância para a equipe permitindo a coesão e aperfeiçoamento nas dinâmicas de trabalho da atenção primária. O impacto da intervenção sobre a comunidade foi muito favorável, pois percebemos que os usuários se sentiram valorizados. Ainda temos que continuar realizando as ações para alcançar as metas propostas, mantendo o interesse de elevar a qualidade dos serviços e elevar a equidade, universalidade e acessibilidade destes usuários na Unidade de saúde.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Proporção de usuários cadastrados no programa de atenção ao hipertenso na UBS São José.	55
Figura 2	Proporção de usuários cadastrados no programa de atenção ao diabético na UBS São José	55
Figura 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	56
Figura 4	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	57
Figura 5	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	58
Figura 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	59
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.	60
Figura 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.	61
Figura 9	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	62
Figura 10	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	63
Figura 11	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.	64
Figura 12	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.	64
Figura 13	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	65
Figura 14	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	66
Figura 15	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	67
Figura 16	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	68

Figura 17	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS São José.	69
Figura 18	Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS São José.	70
Figura 19	Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.	71
Figura 20	Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.	71
Figura 21	Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.	72
Figura 22	Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.	73
Figura 23	Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.	74
Figura 24	Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.	75

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária da Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
E-SUS	Sistema Único de Saúde Eletrônico
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
MS	Ministério da Saúde
NAAB	Núcleo de Apoio à Atenção Básica
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEl	Universidade Federal de Pelotas
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	18
2 Análise Estratégica	19
2.1 Justificativa	19
2.2 Objetivos e metas	21
2.2.1 Objetivo geral	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas	21
2.3 Metodologia	23
2.3.1 Detalhamento das ações	23
2.3.2 Indicadores	39
2.3.3 Logística	46
2.3.4 Cronograma	48
3 Relatório da Intervenção	51
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	53
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	54
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	54
4 Avaliação da intervenção	55
4.1 Resultados	55
4.2 Discussão	76
5 Relatório da intervenção para gestores	79
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	81
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	83
Referências	84
Anexos	85

Apresentação

O presente trabalho tem como objetivo retratar a Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS São José, localizada no município de Trindade do Sul, RS.

Este volume engloba no primeiro capítulo a Análise Situacional, com a descrição da situação da Atenção Básica em Saúde e Estratégia de Saúde da Família no município de Trindade do Sul e as principais facilidades e dificuldades que estão relacionadas ao processo de trabalho na UBS São José.

No segundo capítulo descrevemos a Análise Estratégica, que destaca o processo de organização do projeto de intervenção voltado para a melhoria da atenção a saúde dos usuários com hipertensão e diabetes, que contém informações sobre os objetivos, as metas, ações, indicadores, logística e cronograma das ações.

No terceiro capítulo consta o Relatório da Intervenção que descreve os principais aspectos da implantação das ações propostas, a partir do relato das ações que foram realizadas integralmente e/ou parcialmente durante a intervenção.

No quarto capítulo apresentaremos os Resultados da Intervenção através de uma análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos e a discussão desses resultados para a equipe, o serviço de saúde e comunidade.

No quinto capítulo consta o relatório da intervenção para os gestores.

No sexto capítulo consta o relatório da intervenção para a comunidade.

E por fim, o último capítulo consta uma reflexão crítica sobre o meu processo de aprendizagem, a partir das minhas expectativas iniciais e vivenciadas ao longo do curso.

Finalmente se encontram as seções de anexos e referências bibliográficas.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS São José está localizada no município de Trindade do Sul, Estado Rio Grande do Sul. Este município conta com uma população aproximada de 6.000 habitantes segundo IBGE, tendo acesso a três Estratégias de Saúde da Família (ESF) em três Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB), o Hospital Geral Privado Santa Rosa de Lima e uma clínica médica privada, além de existir várias clínicas odontológicas, consultas de psicologia, laboratórios e farmácias que constituem a rede de saúde local.

A UBS São José tem uma área de abrangência de aproximadamente 30% do território do município e conta com uma população estimada de 1.800 habitantes na sua maioria semi-urbana e de situação econômica mais carente. A equipe está integrada por um médico, uma enfermeira licenciada, uma auxiliar de enfermagem, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além do pessoal administrativo, auxiliar e de apoio.

A estrutura da unidade é bastante aceitável, está organizada da forma seguinte: uma sala de recepção-acolhimento com capacidade de até 15 usuários, uma pequena farmácia onde se dispensam medicamentos prescritos nas unidades municipais. Também conta com um consultório médico, um consultório odontológico, um consultório de enfermagem, uma sala de procedimentos e atendimento de urgência, além disso, a unidade dispõe de uma sala administrativa, uma sala de nebulização e vacinas (fora de funcionamento), uma cozinha, uma sala de esterilização, uma área de serviço e três banheiros. A unidade apresenta boas condições estruturais, mas a sua localização dentro da área de abrangência é péssima, a maior parte da população que tem que ir até esta UBS mora muito

distante, dificultando mais o acesso, a unidade encontra-se localizada na maior subida da cidade, afetando diretamente a pessoas idosas, incapacitadas, gestantes entre outros.

A dinâmica de trabalho estava organizada principalmente para realizar o atendimento da demanda espontânea, com pouca ou nenhuma ação de promoção e prevenção que atingisse efetivamente a toda a população. Esta realidade está sendo gradativamente mudada com de trabalhos da equipe voltadas à aplicação dos Programas de Saúde do Homem, Saúde do Trabalhador e Programa de Tabagismo.

Para enriquecer e nortear o trabalho a desenvolver, contamos mensalmente com a visita do Supervisor Regional do Programa Mais Médicos, quem aporta novas ideias e dicas para melhorar a qualidade dos serviços oferecidos e de ajudar a elevar a qualificação técnica da equipe.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Trindade do Sul está localizado na região norte de estado Rio Grande do Sul, pertence à 15ª Coordenadoria Regional de Saúde. Conta com aproximadamente 6.000 habitantes que são atendidos por uma rede de saúde composta por três UBS clássicas que incluem três ESF completando o atendimento de 100% da população do município.

Além das três UBS, existe um hospital geral onde se oferecem serviços de internação clínico-cirúrgica de adultos, obstétrico-pediátrico, complementados por consultas a cada 60 dias de outras especialidades. No município funciona um NAAB, várias clínicas e consultórios privados. Dispomos de múltiplas farmácias que também fazem parte do Programa Farmácia Popular. No município também existem laboratórios clínicos equipados com todos os serviços fundamentais.

O nome da UBS na qual trabalho é UBS São José (ESF-III) por motivo a que está localizada no bairro do mesmo nome. É uma unidade clássica com uma equipe de ESF completa que atende uma população estimada de 1.800 habitantes. Esta equipe de ESF foi completa este ano e deixou de ser Programa de Agentes Comunitário (PACS). Esta UBS não tem vínculos com instituições de ensino. A equipe está integrada por um médico, uma enfermeira licenciada, uma auxiliar de enfermagem, um odontólogo, uma auxiliar de saúde bucal e quatro agentes comunitários de saúde.

A unidade está estruturada com uma sala de recepção-acolhimento, um consultório médico, um consultório odontológico, um consultório de enfermagem, três banheiros adequadamente localizados e com a largura adequada (um deles para cadeirantes), uma sala de procederes e atendimentos de urgência, todas as salas tem boa iluminação e isolamento acústico. Além disso, a UBS conta com uma sala de esterilização, uma sala de nebulização e vacinas (nunca utilizada para esse propósito pois não reúne os requisitos do Manual da Estrutura das UBS preconizadas pelo MS), uma sala de administração, uma área de serviço e uma cozinha.

Existem múltiplas limitações estruturais na UBS como por exemplo a falta de funcionamento da sala de vacinas. Não conta com um local para o acolhimento separado da sala de espera. A farmácia está localizada na recepção, é um pequeno local de aproximadamente 6m². A unidade não conta com almoxarifado para medicamentos e outros insumos de limpeza. A sala para nebulização tem os equipamentos, mas nunca esteve em funcionamento, unidade também não conta com sala de reuniões.

A unidade tem um grande problema devido a que chão é muito polido com grande perigo de quedas, além de que a unidade não conta com corrimãos em nenhuma de seus locais. Outra grande dificuldade achada foi o grande problema da localização da UBS anteriormente comentado, a unidade se encontra muito afastada das populações que atende. A unidade se localiza na cima de uma grande lomba, com estrada de chão batido em mau estado o que dificulta grandemente o acesso dos usuários. Nossa equipe comunicou à Secretaria Municipal de Saúde as dificuldades detectadas, para conseguir fazer um planejamento e dar solução aos problemas mais graves como iniciar a instalação de corrimãos das diferentes áreas.

As atribuições da equipe estão bem esclarecidas, o médico é o profissional qualificado tecnicamente para fazer as consultas clínicas, realizar ações de promoção, prevenção, ações curativas e de reabilitação. A equipe de enfermagem está composta por uma enfermeira e uma técnica, que são as profissionais que executam a maior parte dos procedimentos, como uso de medicamentos, realização de curativos, aferição da pressão arterial, realização de hemoglicoteste (HGT), de testes rápidos. Os ACS mantem o cadastro dos usuários atualizado, nas visitas detectam e encaminham à unidade os usuários com doenças agudas, doenças crônicas descompensadas ou faltosos às consultas. O pessoal de odontologia é o

encarregado de velar e manter a saúde bucal destes usuários, participando e desenvolvendo conjuntamente medidas de promoção, prevenção e ações curativas e de reabilitação aos diferentes grupos.

As ações que poderíamos aperfeiçoar em este sistema de trabalho seriam otimizar os cadastramentos de famílias e usuários dentro da área de abrangência com o objetivo de obter de forma rápida e dinâmica dados atualizados e confiáveis. Esta melhora traria consigo um planejamento mais adequado dos diferentes programas do Ministério da Saúde (MS) na Atenção Primária de Saúde (APS).

Comentando sobre as limitações de recursos na UBS, encontrou-se a inexistência de protocolos impressos da maioria dos cadernos e protocolos do MS, aliás a unidade tem disponibilidade de acesso à internet, o que facilita a consulta destes protocolos e diretrizes. Outra limitação existente é a não identificação nem uso dos líderes comunitários que contribuam junto à equipe no envolvimento de toda a comunidade nas diferentes ações de saúde.

Outra dificuldade percebida foi o pouco uso das atividades com grupos, na aplicação de ações de promoção e prevenção. Nunca funcionou grupos de idosos, gestantes, adolescentes, tabagismo, álcool e outras drogas por só citar alguns deles. Mas a equipe começou o trabalho nos grupos de gestantes, idosos e combate ao tabagismo.

Do total populacional da UBS, delas 52% são mulheres e 48% são homens. Predomina o grupo etário de 15 a 59 anos representando 66% do total, o que permite classificar segundo o perfil demográfico como uma população regressiva. A estrutura da UBS e da equipe da ESF permitem oferecer um atendimento adequado para o total populacional sem que aconteçam problemas como, usuários esperando em longas filas, muito tempo de espera para receber atendimento e usuários com urgências e que não sejam atendidos. A demanda espontânea na unidade geralmente nunca tem superado a oferta, o que permite um adequado fluxo de usuários e melhor acolhimento.

Analisando o Caderno de Ações Programáticas (CAP) o Programa de Saúde da Criança funciona regularmente, especialmente nos menores de um ano, apresentando cobertura de 100% com 22 crianças menores de um ano cadastradas. Todas estão sendo beneficiadas com os diferentes programas promovidos pelo MS, cumprindo com as consultas periódicas de puericultura e pediatria. Entretanto, não existe um registro de monitoramento de consultas de puericultura na unidade. O

Programas de Vacinação, Testes do Pezinho e Teste da Orelhinha atingem 100% dos indicadores de qualidade. Geralmente a população tem boa adesão às propostas da equipe nas atividades da educação em saúde para prevenção da anemia, doenças nutricionais, prevenção de acidentes, parasitoses, doenças respiratórias entre outras.

No Programa de Atenção às Gestantes estão cadastradas 19 usuárias, entretanto, a estimativa apresentada pelo CAP para uma população de 1800 seriam 27 gestantes, pelo que só foi atingido 70% da cobertura para o programa. Se oferece uma atenção multidisciplinar e de qualidade a cada uma das gestantes. Existe um atendimento conjunto com a especialidade de ginecologia e obstetrícia, odontologia e outras, com indicadores de qualidade adequados, 18 gestantes iniciaram no pré-natal desde primeiro trimestre e mantem as consultas em dia de acordo ao protocolo. Em relação aos indicadores: vacinação antitetânica, vacinação Hepatite B, suplementação com sulfato ferroso, exame ginecológico por trimestre, avaliação de saúde bucal e orientação para aleitamento materno exclusivo foram aplicadas a todas as gestantes. No caso da atenção à primeira infância, não se conta com um registro e monitoramento na unidade deste programa.

A adesão ao acompanhamento no município das usuárias tem sido ótima. Transitoriamente o hospital tem o salão cirúrgico interditado e o total dos partos estão sendo feitos no município de Sarandi a 70km, o que é uma dificuldade pois expõe a riscos tanto o pessoal da saúde como à usuária que fazem esse deslocamento.

O puerpério tem uma cobertura de 100%, todas as 22 puérperas da área de abrangência estão cadastradas e acompanhadas. A maior parte dos indicadores de qualidade encontram-se em 100%, como as consultas até os 42 dias pós-parto, orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo, realização de exame das mamas, abdome, perdas vaginais e avaliação psicológica.

O programa de controle do Câncer do Colo do Útero na UBS, são acompanhadas 431 mulheres com idades entre 25 a 64 anos, representando uma cobertura de 87%. Considerando a alta mortalidade devido a uma baixa detecção precoce, será preciso elevar o número de pesquisas na população alvo, assim como manter e ampliar as ações de promoção e prevenção. Avaliando indicadores de qualidade neste item, se tem que 388 (90%) das mulheres têm os seus exames de

preventivo em dia e só 43 (10%) mulheres encontram-se com exame citopatológico com mais de 6 meses de atraso. Até o momento, só cinco usuárias têm tido exames citológicos alterados, considerando que em mais de 95% as amostras foram coletadas adequadamente, pelo que existe um adequado índice de qualidade. Todas as usuárias nesta faixa etária recebem orientações sobre prevenção de câncer do colo do útero e orientações sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Em quanto ao Programa de Rastreamento de Câncer de Mama segundo estimativas, existem 182 mulheres de idades entre 50 a 69 anos cadastradas na UBS, o que representa 97% de cobertura. Se tratando de um programa de câncer, se tem a meta de atingir uma cobertura de 100%. Nos indicadores de qualidade 18 (10%) usuárias apresentaram atrasos com mais de três meses nos exames, 164 (90%) usuárias foram avaliadas para risco de câncer de mama, todas receberam orientações sobre prevenção e detecção precoce. São utilizadas as diretrizes do MS para câncer de colo e mama para realizar os atendimentos destas usuárias. Não se conta com um registro especial para guardar a informação destes casos na unidade. A adesão das usuárias com as ações realizadas é adequada, a equipe realiza conscientização e divulgação de informações de promoção, prevenção e detecção precoce.

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são doenças altamente prevalentes na população da área adstrita. Segundo estimativas proporcionadas pelo CAP, existe uma cobertura atual na UBS de 315 (78%) usuários hipertensos cadastrados, já no CAP calcula-se um estimado de 402 usuários. Destaca-se o intenso trabalho com grupos de hipertensos e diabéticos, com uma pesquisa contínua de novos casos mediante a aferição da pressão arterial (PA) de 100% dos usuários maiores de 15 anos atendidos. Avaliando indicadores de qualidade nos últimos dois anos foram obtidos os seguintes dados: 235 (75%) usuários com HAS realizaram avaliação de estratificação de risco, 217 (69%) encontram-se com exames periódicos em dia, 259 (82%) receberam orientações sobre prática de atividade física regular, 278 (88%) receberam orientações sobre alimentação saudável e 225 (71%) realizaram avaliação de saúde bucal.

No caso da DM existem cadastrados na unidade 60 usuários, comparando ao total estimado no CAP de 115 usuários com essa patologia, representa uma cobertura de 52%. Estas cifras podem estar relacionadas aos casos que estão sem

diagnóstico ou na fase subclínica da doença, que são usuários que não procuram atendimento por serem assintomáticos.

Comentando os indicadores de qualidade para esta ação programática, aqui aparecem os níveis mais baixos dos indicadores de qualidade do CAP. Sem atrasos nas consultas agendadas foram 21 (35%) usuários, exame físico dos pés nos últimos três meses 25 (42%) usuários, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses e medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses, 51 (85%) usuários estão com os exames complementares periódicos em dia e 53 (88%) usuários receberam orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional saudável e avaliação de saúde bucal em dia.

Ações de educação em saúde são feitas periodicamente na unidade com uma aceitação excelente por parte da população. É importante focar que não existem registros específicos para a compilação de dados na unidade. A informação é recuperada dos prontuários e do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes mellitus (HIPERDIA). As atividades de planejamento e monitoramento destes usuários são feitas pela equipe.

Avaliando o Programa da Saúde da Pessoa Idosa, existe um cadastrado de 211 idosos na área de abrangência, em relação ao CAP representa 86% da cobertura. Nos indicadores de qualidade obtemos os seguintes resultados: 60 (28%) idosos possuem a caderneta da pessoa idosa, não contamos o número de cadernetas suficientes para o total de idosos. A avaliação multidimensional rápida não foi aplicada a nenhum usuário dessa faixa etária, também não foram avaliados os riscos de morbimortalidade nem receberam investigação de indicadores de fragilização. A saúde bucal foi avaliada em 57 (27%) idosos, ação de extrema importante pela grande incidência de doenças neoplásicas nesta faixa etária. Tem recebido orientação nutricional em hábitos alimentares saudáveis um total de 159 (75%) idosos. A orientação para realização de atividade física regular foi recebida em 109 (52%) idosos.

Este programa tem uma grande importância para a saúde pública e deve ser otimizado para conseguir elevar os indicadores de qualidade. Precisamente por ser uma população que se encontra em idade extrema da vida, tem mais vulnerabilidade que o resto da população. Para o atendimento destes usuários são utilizados os diferentes manuais e protocolos do MS. A qualidade da atenção poderia melhorar

fazendo mais uso das ferramentas disponibilizadas pelo MS, como a caderneta do idoso que não se encontra em quantidade suficiente em esta unidade.

Avaliando o Programa de Saúde Bucal em nossa UBS, se realizam como média mensal 171 procedimentos clínicos-cirúrgicos por habitantes por mês, representando 1,1% que é um valor médio, do preconizado pelo MS. Os grupos que apresentam mais deficiências no recebimento da primeira consulta segundo as ações programática são idosos e adultos em idade laboral, com só 48% e 60% dos atendimentos respectivamente. Outros grupos contam com percentagens mais altas como os pré-escolares e escolares, representando 95% e 81%.

Os maiores desafios seriam em oferecer uma atenção médica de qualidade para atingir melhores indicadores voltados na saúde da população atendida elevando a satisfação pelos serviços oferecidos. Como nossa fortaleza, se conta com excelentes recursos humanos, melhora na integração da equipe, um melhor planejamento de ações e recursos e a parceria com outras instituições e ministérios assim como uma melhor inter-relação com outros níveis de atendimento e especialidades.

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

Realizando uma análise retrospectiva do texto inicial sobre minha percepção do funcionamento da atenção primária e a unidade de saúde e após a organização da análise situacional, tenho melhorado minha percepção e olhar fazendo uso das ferramentas providenciadas no curso, como os diferentes roteiros, formulários e com o CAP, que foram ferramentas muito úteis para compilar a informação. Estas ferramentas contribuíram na avaliação e crítica da dinâmica de trabalho, nas atribuições dos profissionais e na estrutura da unidade.

A mudança de olhar mais importante foi que com poucos recursos se podem atingir indicadores de qualidade aceitáveis para as exigências atuais do MS. Se conhecem as limitações da estrutura e complexidade da unidade, mas a equipe atuante tem a capacidade e as ferramentas necessárias para fazer mudanças significativas no quadro da saúde da população atendida.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As Doenças não Transmissíveis (DNT) constituem um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. A carga dessas doenças recai especialmente sobre países de baixa e mediana renda. Em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às DNT (SCHMIDT, 2011).

DM é uma doença que ocorre quando o pâncreas não produz mais insulina de forma suficiente ou quando o organismo não pode utilizar efetivamente a insulina produzida. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) têm apontado em um aumento da prevalência desta doença no mundo, neste contexto, o Brasil aparecia como o oitavo país com maior prevalência da doença (OPAS-OMS, 2008). A DM causa em torno de 5% de todas as mortes globais por ano, 80% das pessoas que vivem com diabetes estão em países de baixo ou médio desenvolvimento (BRASIL, 2013).

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial ($PA \geq 140 \times 90\text{mmHg}$) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2013).

A UBS São José encontra-se localizada no município Trindade do Sul-RS, tem uma área que abrange pouco mais de 30% do território do município, reunindo uma população de aproximadamente de 1.800 habitantes, sendo 52% do sexo

femininos e 48% do sexo masculinos. A UBS é do tipo tradicional com uma ESF composta por um médico, uma enfermeira licenciada, uma auxiliar de enfermagem, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, quatro ACS, além do pessoal da administração, auxiliar e de apoio.

A HAS e a DM são umas das mais prevalentes na área de abrangência da unidade. Segundo estimativas do CAP foram estimados um total de 402 usuários que devem apresentar hipertensão e um total de 115 para DM, baseado nos cálculos da prevalência nacional para uma população de 1800 habitantes. A quantidade de usuários cadastrados atinge uma cobertura de 315 (78%) usuários com HAS e 60 (52%) usuários com DM, indicadores inadequados para atingir níveis de qualidade aceitáveis.

Esta ação programática encontra-se implementada na unidade de forma incompleta, só mantendo os acompanhamentos clínicos e odontológicos em uns poucos usuários. Se encontram faltando muitas ações para serem desenvolvidas com a qualidade que precisam estes usuários, como ações de promoção e prevenção, avaliação do risco cardiovascular, avaliação do uso de medicamentos da farmácia popular e realização de exames preconizados pelo MS entre outros.

Entre as principais dificuldades e/ou limitações destaca-se que a equipe conta com um número insuficiente de agentes de saúde, sendo alta a proporção de famílias para cada agente de saúde, o que pode comprometer as diferentes ações de busca ativa e acompanhamento dos usuários. A intervenção nesta ação programática é factível, além de serem alcançáveis num curto prazo as metas propostas, pois não exige ações complexas e recursos adicionais, que vai além do que já está preconizado para uma atuação na atenção básica.

Temos a expectativa que com este estudo melhorem os indicadores de cobertura para estas doenças na comunidade, além de aperfeiçoar o trabalho da equipe no atendimento de doenças crônicas, melhorar os serviços oferecidos aos usuários em quantidade e qualidade. Com estas ações pretendemos diminuir o número de usuários que precisem de serviços de urgência e/ou de reabilitação.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS São José, Trindade do Sul-RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1 Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes na Unidade de Saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 3 Melhorar a adesão dos usuários com Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica aos serviços de saúde.

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

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

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações do programa de atenção a hipertensos e diabéticos existentes na UBS.

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

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

Objetivo 5: Realizar a estratificação cardiovascular em usuários com hipertensão e/ou diabetes.

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

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

Objetivo 6: Promover ações de promoção de saúde dos hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS São José, no Município de Trindade do Sul, Estado do Rio Grande do Sul. Participarão da intervenção todos os usuários com diagnóstico de HAS e com diagnóstico de DM, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que morem de forma permanente na área adstrita à UBS São José.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1 Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

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

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

Detalhamento:

Estas ações serão monitoradas com o uso da ficha espelho, planilha de coleta de dados e prontuários de hipertensos e/ou diabéticos, além dos registros de cadastro dos ACS em cada micro área que serão disponibilizados para esta ação específica. Também se fará uso das bases de dados eletrônicas fornecidas pela retroalimentação de dados do e-SUS, HIPERDIA e SIAB.

Organização e gestão do serviço

Ação: Acolher todos os usuários com HAS e DM da área de abrangência.

Detalhamento:

Para fazer o acolhimento adequado destes usuários toda a equipe será envolvida no processo, desde o ACS nas casas dos usuários até o médico que vai dar as diferentes orientações e tratamento. Vamos pôr em prática uma escuta melhorada e direcionada a essas doenças.

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

Detalhamento:

O médico e a enfermeira da UBS registrarão adequadamente 100% das fichas utilizadas no atendimento de usuários com HAS e DM, para garantir um melhor controle dos diferentes indicadores, podendo planejar objetivos de trabalho e ações mais efetivas.

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

Detalhamento:

Negociaremos com o gestor municipal que na UBS existam de forma suficiente todos estes materiais para o desenvolvimento da intervenção.

Engajamento público

Ação: Explicar para a comunidade o significado e conceito de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus assim como a importância do diagnóstico precoce.

Detalhamento:

Aqui serão explicados através da realização de palestras e conferências os diferentes conceitos e características de HAS e DM, classificação, tratamento, identificação de sintomas e sinais mais comuns de fácil identificação pelos usuários. Serão orientadas medidas de prevenção e controle e medidas de tratamento farmacológico e não farmacológico.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento:

Capacitaremos todos os ACS com o objetivo de realizar um cadastro correto dos usuários com estas doenças, fazendo ênfase em critérios diagnósticos e epidemiologia.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento:

Consultaremos os protocolos técnicos para realizar a capacitação da equipe na aferição das cifras de pressão arterial de forma correta. Os responsáveis para esta atividade serão o médico e a enfermeira da UBS.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento:

Consultaremos os protocolos técnicos para realizar a capacitação da equipe na realização do hemoglicoteste em adultos de forma correta com critérios de pressão arterial maior de 135/80 mmHg. A responsável para esta atividade será a enfermeira da unidade.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na Unidade Básica de Saúde.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento:

O médico realizará o monitoramento e exame clínico destes usuários tendo prioridade sobre detecção de complicações e dano sobre órgãos alvos, assim como detecção de intercorrências que possam afetar o curso natural dessas doenças. A equipe de enfermagem realizará a aferição de sinais vitais e teste de HGT.

Organização e gestão do serviço

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

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

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

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

Detalhamento:

As atribuições serão discutidas dentro da equipe e serão esclarecidas para cada membro, permitindo de forma contínua e oportuna a atualização dos profissionais, tendo prioridade os ACS na capacitação. Solicitaremos a versão impressa do caderno da atenção básica de HAS e DM para a gestão.

Engajamento público

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

Detalhamento:

Serão realizados encontros que permitirão a interação entre a equipe médica e a comunidade onde todas as dúvidas serão esclarecidas, e se explicará a importância das diferentes ações de tratamento, prevenção e controle, e detecção de intercorrências com outras doenças.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento:

O médico fará revisão dos manuais e protocolos de atuação com o objetivo de melhorar a qualidade das práticas clínicas. Estes conhecimentos serão transmitidos a toda a equipe para ajudar a elevar a qualidade dos serviços oferecidos na unidade. O responsável será o médico da unidade.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento:

Será utilizado a ficha espelho disponibilizada pelo curso para fazer o registro de todas as informações que serão coletadas durante o atendimento clínico pelo médico.

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento:

Faremos uso dos manuais técnicos de hipertensão e diabetes para monitorar a periodicidade preconizada nestes programas e a base de dados será atualizada mensalmente para permitir um adequado acompanhamento.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

O médico fará a solicitação dos exames preconizados pelos protocolos específicos segundo as diretrizes do MS.

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

Detalhamento:

O médico conveniará com o gestor municipal a realização dos exames requeridos para o acompanhamento adequado de cada doença, bem como, realizar uma parceria com os diferentes laboratórios e serviços do SUS visando garantir a realização dos exames.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados.

Detalhamento:

O médico criará um sistema de alerta junto com os laboratórios parceiros para a realização dos exames preconizados. Quando o usuário for atendido nos laboratórios conveniados, os responsáveis nestes laboratórios darão alertas telefônicas para usuários e equipe, quando existam exames alterados.

Engajamento público

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

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

Detalhamento:

A orientação vai ser realizada pelo médico e enfermeira nos espaços que se tenham com os diferentes usuários, como visitas domiciliares, palestras, atendimentos na UBS, visitas pelo ACS e de enfermagem.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento:

O médico e a equipe farão a capacitação sobre todos os temas relacionados a estas doenças, incluindo o tema de solicitação de exames complementares.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento:

O médico conjuntamente com a enfermeira será responsável pelo monitoramento dos medicamentos da farmácia popular. Realizaremos o monitoramento em cada consulta e a cada vez que o usuário recolha os medicamentos na farmácia da unidade, assim como também a verificação na carteirinha individual de medicamentos, a qual o usuário está recebendo mensalmente os medicamentos prescritos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Realizar controle de estoque e checagem de data de validade dos medicamentos.

Detalhamento:

O controle de estoque em nossa UBS será feito pela equipe de enfermagem.

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

Detalhamento:

Faremos um registro para coletar os dados de necessidade de uso de medicamentos nestes usuários. O responsável por esta atividade será o pessoal de enfermagem.

Engajamento público

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

Detalhamento:

Será orientado pelos membros da equipe quando se precise da orientação adequada e oportuna, nos diferentes cenários, assim como a avaliação de alternativas de acesso.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

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

Detalhamento:

A atualização será feita mensalmente para todos os integrantes da equipe. O responsável será o médico da unidade e tratarão os temas de uso racional de medicamentos, vantagens de grupos de medicamentos em doenças concorrentes, ajudando a uma melhor escolha no medicamento para cada grupo clínico.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento:

Faremos uso dos materiais providenciados no curso pela facilidade de uso, neste caso será complementada a ficha espelho, prontuário clínico e odontológico e planilha de coleta de dados. O médico será o responsável pelas atividades de monitoramento.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento:

O médico e o cirurgião dentista farão um plano de atendimento com o objetivo de avaliar as necessidades de atendimento. Para lidar com a demanda espontânea serão agendados um total de dois usuários no turno da manhã e três no turno da tarde. Deixaremos vagas disponíveis para sexta de manhã e de tarde para usuários faltosos. Atividades de promoção e prevenção em saúde bucal formarão parte das atividades de engajamento público nas comunidades.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento:

Este tipo de orientação será realizado nas visitas domiciliares, nas palestras na comunidade, nos atendimentos odontológicos, nos atendimentos médicos ou de enfermagem.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento:

O médico e a equipe farão a capacitação sobre todos os temas relacionados a estas doenças, incluindo o tema de avaliação e atendimento odontológico em cada um dos usuários.

Objetivo 3 Melhorar a adesão dos usuários com Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica aos serviços de saúde.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento:

O monitoramento será feito conjuntamente com a equipe, a partir do planejamento das consultas previstas pelo médico e pela enfermagem, com auxílio das ACS.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento:

Será feito em cada reunião da equipe e será executado pelos ACS de cada micro área.

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

Detalhamento:

No caso de usuários que são encaminhados à UBS a partir das visitas domiciliares serão agendadas consultas programadas para uma primeira avaliação pela equipe da ESF.

Engajamento público

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

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

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

Detalhamento:

As orientações vão ser providenciadas nos espaços que se tenham com os diferentes usuários, como visitas domiciliares, atendimentos na UBS, visitas pelo ACS e pela equipe de enfermagem.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento:

O médico fará revisão dos diferentes manuais e protocolos atualizados para melhorar as práticas clínicas e promover na equipe o conhecimento para melhorar a qualidade dos serviços, neste caso específico a orientação aos ACS que passem a conhecer a periodicidade de consultas para estes usuários.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações do programa de atenção a hipertensos e diabéticos existentes na UBS.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento:

O monitoramento será feito através da avaliação mensal da documentação utilizada na intervenção. Será avaliada a qualidade dos registros de todos os prontuários, fichas espelho e ficha de coleta de dados. Caso sejam detectadas irregularidades nestes registros, será atualizada a ação em questão, permitindo elevar os diferentes indicadores de qualidade e conseguir uma estratégia de trabalho mais organizado.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento:

Será feito mensalmente pelo digitador de nossa unidade de saúde.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento:

Será implantado pelo profissional médico e de enfermagem.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento:

A pactuação será no marco das reuniões de equipe, para fazer um consenso sobre o preenchimento das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento:

O responsável pelo monitoramento dos registros será a equipe de enfermagem.

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

Detalhamento:

Será monitorado mediante o uso do prontuário clínico, ficha espelho e planilha de coleta de dados. Semanalmente, o médico e a enfermeira farão uma checagem destes documentos. Quando encontrarmos situações de atraso, os ACS serão notificados para o resgate dos usuários faltosos e completar a ação citada.

Engajamento público

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

Detalhamento:

Os usuários serão orientados para elevar o conhecimento que têm sobre os serviços oferecidos pela UBS, e possibilitar uma melhoria no fluxo de dados entre os diferentes níveis de atenção.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e do usuário diabético.

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

Detalhamento:

O médico fará revisão dos diferentes manuais e protocolos atualizados para melhorar as práticas clínicas e promover na equipe os conhecimentos para melhorar a qualidade dos serviços, neste caso específico no melhoramento da qualidade dos diferentes registros utilizados na UBS.

Objetivo 5 Realizar estratificação cardiovascular em usuários com hipertensão e/ou diabetes.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento:

O monitoramento da estratificação de risco cardiovascular será feito pela equipe mensalmente para ter um melhor controle dos usuários que tem esta avaliação.

Organização e gestão do serviço

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

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento:

A priorização e agendamento serão implantados pelo profissional médico e de enfermagem semanalmente. Os usuários com classificação de alto risco serão priorizados, porém estes registros estão incompletos na unidade. Em relação a isto foi adotado um sistema de agendamento alfabético como uma forma de organização simples do trabalho, mas com possíveis mudanças, levando em consideração a dinâmica do serviço segundo as necessidades reais. Os horários de atendimento preferencial serão feitos nas tardes de 15hs a 17hs, com um tempo aproximado de consulta de 20min. Em média serão atendidos de 5 a 6 usuários, tendo uma vaga para usuários priorizados.

Engajamento público

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

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

Detalhamento:

Serão orientados todos os usuários para elevar o conhecimento que têm sobre a importância do acompanhamento regular e do controle dos fatores de risco no tratamento destas doenças.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento:

O médico fará revisão dos diferentes manuais e protocolos atualizados para melhorar as práticas clínicas e promover na equipe o conhecimento para melhorar a qualidade dos serviços, neste caso específico no método de estratificação de Framingham, registro de achados em cada atendimento e sobre estratégias no controle de fatores de risco.

Objetivo 6 Promover ações de promoção de saúde dos hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

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

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

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

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento:

O monitoramento desta ação será feito mensalmente pela equipe (médico, enfermeira e odontólogo), realizando uma revisão detalhada dos prontuários clínicos e odontológicos. Estas informações serão conferidas na ficha espelho e planilha de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento:

A equipe fará palestras que tenham como tema fundamental a nutrição, com o fim de orientar sobre estilos de vida saudáveis no tema da alimentação.

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

Detalhamento:

Será organizada junto ao gestor a participação dos nutricionistas para enriquecer as atividades de orientação a estes usuários.

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento:

A enfermeira organizará práticas coletivas com a finalidade de incentivar a prática de exercício físico, fazendo ênfase nos benefícios aportados para o controle destas doenças.

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

Detalhamento:

O médico e o gestor municipal demandarão uma parceria institucional entre saúde e educação, para incluir profissionais de educação física em cada comunidade para fazer grupos para a prática de exercícios físicos. Estes grupos

serão formados por usuários que estejam satisfatoriamente aptos no exame clínico feito na UBS, garantindo a segurança para a realização de exercícios físicos.

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

Detalhamento:

Solicitaremos ao gestor a compra de medicamentos como adesivos de nicotina e medicamentos para cessar o tabagismo, para melhorar as práticas integrativas e que o usuário tenha mais benefícios de forma integral.

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

Detalhamento:

Avaliaremos o tempo médio individual que precisa cada usuário pelo médico e pelo pessoal de enfermagem para permitir uma avaliação ampla e profunda de cada usuário.

Engajamento público

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

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

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

Ação: Orientar os hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento:

Estas orientações serão oferecidas pelo odontólogo da unidade durante os atendimentos clínicos e as atividades comunitárias. Estas orientações serão direcionadas a todos os usuários com o objetivo de elevar o conhecimento que têm sobre a importância da higiene bucal e a prevenção do câncer bucal.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

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

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de tabagistas.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento:

O médico fará revisão dos diferentes manuais e protocolos atualizados para melhorar as práticas clínicas e promover na equipe os conhecimentos para melhorar a qualidade dos serviços, neste caso específico na metodologia de educação em saúde, prática de atividade física regular, tratamento do tabagismo e outras adições, e sobre temas de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1 Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Meta 1.2 Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com o exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos cadastrados na unidade com estratificação do risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas 6.3 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.3 Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Metas 6.4 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.4 Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.5 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.6 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação de prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação de prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar o projeto de intervenção na melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e DM serão utilizados os cadernos da atenção básica do MS, nº 36 e nº 37 (BRASIL, 2013). Se utilizará a planilha eletrônica para coleta de dados disponibilizada pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), com o objetivo de fazer uma compilação de dados que permita o cálculo de indicadores, a partir de informações recolhidas dos prontuários de cada usuário cadastrado. Se pretende alcançar uma cobertura de 90% dos hipertensos (360) e de 70% dos diabéticos cadastrados no período da intervenção.

O atendimento clínico será efetuado pelo médico da equipe, em conjunto aos profissionais de enfermagem, psicologia, nutrição, odontologia, fisioterapia e outros profissionais segundo as necessidades individuais destes usuários. O atendimento com os diferentes profissionais será sempre agendado, exceto os casos que precisem de atendimento de urgência. Estes atendimentos serão agendados preferencialmente nas tardes de segunda-feira até quinta-feira, das 15 às 17hs por ser este horário menos demandado para atendimento médico. Os atendimentos de enfermagem e dos outros profissionais serão agendados no horário matutino preferencialmente de segunda-feira à quinta-feira das 10 às 11:30hs, agendando uma média de cinco a seis vagas nos dois turnos de trabalho, além de disponibilizar uma vaga adicional para usuários priorizados.

Na planilha de coleta de dados, o médico e a enfermeira farão um controle e monitoramento mensal do número de usuários cadastrados, este registro será atualizado permanente com as incidências diárias e se atualizará o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ao final de cada mês. Serão monitorados os sistemas de alerta para detecção de usuários faltosos, usuários com vacinas atrasadas, com tratamento irregular e com exames complementares em atraso. Quando for identificado o usuário faltoso, o ACS realizará uma visita de resgate do usuário para reinseri-lo no programa de acompanhamento. Será monitorada a avaliação odontológica de cada usuário, fazendo uma atualização permanente dos registros. Serão encaminhados os usuários para o serviço odontológico de forma

oportuna. Serão realizados trabalhos conjuntamente com o serviço de odontologia através de ações de promoção e prevenção em saúde bucal.

Faremos uma proposta ao gestor municipal para que acompanhe as atividades de engajamento público nas comunidades. Na UBS serão orientados de forma oportuna todos os usuários que recebam atendimento. Serão realizadas atividades de engajamento público, uma por mês, na qual se envolverão todos os usuários cadastrados e acompanhados na UBS. Estas atividades ocorrerão periodicamente no horário de 10hs as 11h30min na quinta-feira e será conduzido pelos profissionais de enfermagem e o médico da ESF e ocorrerão nos locais públicos de escolas e igrejas que se encontram na comunidade.

As ações que envolvem atividades de capacitação dos integrantes da equipe serão realizadas na própria unidade com recursos próprios e a partir dos manuais, protocolos e diretrizes propostas pelo MS. Será utilizada uma hora semanal durante as três primeiras semanas para as atividades de capacitação, no horário das 16h às 17h na quinta-feira, que é horário normalmente agendado para a reunião da equipe.

O monitoramento da intervenção será realizado semanalmente pelo médico da unidade, utilizando os diferentes instrumentos como fichas espelhos, prontuários e planilha de coleta de dados.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Definir atribuições de cada membro da equipe, organizar as capacitações dos profissionais.	X															
Realizar atendimento clínico aos hipertensos e diabéticos e	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Melhorar o acolhimento de pacientes com HAS e DM.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Garantir registros, materiais (fita eletrônica para HGT, esfigmomanômetro), protocolos impressos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Garantir a solicitação dos exames complementares, em parceria com o gestor municipal.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados.		X														
Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.	X				X				X				X			
Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	X				X				X				X			

Organizar as ações como: avaliação de necessidade de atendimento odontológico, visitas domiciliares na busca de faltosos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Pactuar com a equipe o registro das informações e manter as informações do SIAB atualizadas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitar os ACS no cadastramento de hipertensos e diabéticos, orientação sobre a periodicidade das consultas.	X																
Capacitar a equipe com os seguintes temas: aferição de PA e realização do hemoglicoteste, necessidade de atendimento odontológico. Manuseio de registros, preenchimento de formulários e fichas espelho.		X															
Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco (Framingham), controle de fatores de risco modificáveis, promoção da prática de atividade física, tratamento de pacientes tabagistas, higiene bucal e metodologias de educação em saúde.			X	X													
Orientar usuários e comunidade sobre os cuidados aos hipertensos e diabéticos através das atividades de engajamento público.				X				X				X					X

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção estava prevista para ser aplicada durante 16 semanas conforme consta no cronograma do projeto, entretanto, foi necessário realizar uma redução do tempo de intervenção, diminuindo para 12 semanas, visando adequá-la ao período de férias do coordenador do projeto. Apesar dessa redução do período da intervenção, nota-se que não houve prejuízos para a realização das ações e alcance das metas estipuladas.

Inúmeras ações foram desenvolvidas desde o início da nossa intervenção sobre o programa de atendimento aos usuários com HAS e DM. Durante o desempenho destas múltiplas ações sempre aconteceram algumas dificuldades na organização da equipe, na rotina de trabalho, nos horários de atendimento, na realização de exames, na falta de materiais, enfim, um projeto ambicioso e que envolve uma multidão de pessoas e recursos.

Não atingimos nossa meta de cobertura até o fechamento da semana 12, mas trabalhamos intensamente na pesquisa ativa de casos dentro e fora da unidade. Várias dificuldades apareceram aqui, sempre achamos algumas dificuldades neste sentido, as migrações populacionais frequentes é um fator que afeta negativamente a este indicador.

Conseguimos realizar todas as ações de capacitação segundo o cronograma (Breve resumo sobre HAS e DM, técnicas de aferição da pressão arterial com os diferentes tipos de esfigmomanômetros e técnica de coleta e medição da glicose capilar pelo método HGT, benefícios e limitantes do uso deste procedimento, capacitação para os ACS sobre o uso do aparelho de HGT, palestra sobre saúde bucal, benefício dos exercícios físicos, eliminação de hábitos tóxicos e nutrição

saudável, também foram atividades de capacitação as relacionadas com o uso relacionado às diferentes fichas e planilhas utilizadas no curso).

Outro objetivo foi o trabalho de organização dos atendimentos clínicos e dos atendimentos que se somavam à demanda espontânea. Existiram algumas ausências aos atendimentos clínicos, devido frequentemente ao horário em que eram ofertados esses atendimentos, pois muitos dos usuários que trabalham não conseguiam ir, outro motivo foi que alguns deles moravam ou trabalhavam longe e não tinham como se deslocar até a UBS. Também aconteceu que algumas pessoas idosas ou acamadas não iam à UBS por questão de impossibilidade ou dificuldade de se deslocar. Sempre nesses casos a equipe tentou priorizar as visitas domiciliares para estes usuários.

Não tivemos problemas com a maioria dos materiais utilizados, como papel para os registros, prontuários, fitas de HGT, aparelho de pressão, estetoscópio e outros instrumentos para o atendimento clínico, que se encontram disponíveis na unidade. A equipe teve acesso contínuo, durante toda a sessão de trabalho, a dois computadores com acesso à internet, o que facilitou todo este processo.

A gestão do município ajudou muito no desenvolvimento do nosso trabalho, acompanhando às atividades de engajamento público, sempre dando um reforço muito positivo a este tipo de encontro com a comunidade. Na sua maior parte, todas estas atividades foram feitas segundo cronograma, só uma atividade foi reagendada para outro dia, cumprindo o que estava programado no cronograma.

Os exames complementares foram realizados na sua grande maioria com a ajuda da gestão do município. No início tivemos alguns problemas que conseguimos solucionar (tínhamos usuários que eram indicados os exames e estes não faziam por motivo de não ser gratuito, mas para esses usuários foi combinada a autorização de 100% das despesas pelo município), com isso, continuamos solicitando os exames de controle mais básicos. Também coordenamos de forma ágil o sistema de alerta laboratorial com os laboratórios em que fizemos as parcerias e ainda hoje está em funcionamento, contribuindo na tomada de decisões rápidas, fundamentalmente, com os novos casos. As ações de monitoramento foram continuamente realizadas, pois tinham um valor imprescindível para avaliarmos o trabalho realizado.

Nas ações de promoção à saúde e prevenção de agravos realizamos as atividades coletivas nas comunidades, com uma boa participação da população, com média superior a 30 pessoas por comunidade. Aqui fundamentalmente,

participaram idosos, aposentados, mulheres e crianças pela questão do horário que, geralmente, foram realizadas durante as tardes, na modalidade de palestras e também na modalidade individual durante a consulta na UBS.

Os principais temas trabalhados durante estas atividades foram nutrição adequada para usuários com hipertensão e diabetes, importância do uso de temperos que substituam o sal, diminuição do uso de alimentos ricos em gorduras saturadas, orientação para usuários com DM de alimentos adequados para a sua nutrição e exemplos de tabelas nutricionais com padrões dietéticos. Outros temas foram: a importância dos exercícios físicos para diminuir o risco cardiovascular, eliminação dos hábitos tóxicos e saúde bucal com palestras oferecidas pelo odontólogo.

Todas as ações foram monitoradas segundo o cronograma e o exposto no detalhamento das ações acima, não faltou nenhuma ação de monitoramento na intervenção. A avaliação de necessidade de atendimento odontológico foi realizada nos usuários cadastrados na unidade e que participaram da intervenção. Realizamos o acolhimento para todos os usuários que participaram da intervenção e os que frequentam a unidade por outras demandas de saúde. As atividades de controle de estoque foram realizadas segundo o cronograma da intervenção. Realizamos semanalmente, as visitas domiciliares e busca ativa de faltosos.

Faltou um conjunto de ações permanentes do cronograma das semanas 13 a 16, pela redução do tempo da intervenção, mas este encerramento parcial não afetou de forma significativa a intervenção nos seus principais objetivos, só impactou de forma negativa nos indicadores, mas foram por causas alheias da nossa intervenção.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações foram realizadas de forma integral ou parcialmente, conforme relatado acima.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não foram achadas dificuldades nos preenchimentos dos diferentes formulários e planilhas. Em alguns momentos, existiram algumas dúvidas, mas sempre conseguimos trabalhar em função dos diferentes objetivos, já que as planilhas são muito intuitivas e de fácil aprendizagem, além da ajuda dos orientadores.

O que resultou um pouco mais difícil para nós foi pesquisarmos nos prontuários de odontologia algumas informações, pois ali não estão os usuários separados pelos diagnósticos clínicos, pois são somente registrados pelos diagnósticos da patologia odontológica a tratar.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações previstas foram incorporadas na rotina do serviço de forma efetiva, mas não foi uma tarefa fácil, pois na rotina de trabalho, tanto para os diferentes profissionais e até para os usuários, era algo totalmente distinto. As ações estavam mais orientadas aos atendimentos e solução da demanda espontânea e quase nunca para um método de trabalho norteado às consultas programadas. Para melhorar a incorporação do projeto visando o limite de tempo curto, poderia ter sido melhor se tivéssemos planejado metas mais alcançáveis neste prazo de tempo, para melhorar a dinâmica de trabalho na unidade e conseguir dar resposta conjuntamente à demanda espontânea.

Apesar do exposto, com a continuidade da proposta de atenção à saúde dos usuários com HAS e DM, continuaremos na busca por melhorias tanto na cobertura do programa quanto na qualidade das ações ofertadas.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Após 12 semanas de aplicação do projeto de intervenção sobre a saúde de usuários com doenças crônicas em nossa área adstrita, foram alvo desta intervenção dois grupos de usuários, usuários com diagnóstico de HAS e/ou diagnóstico de DM. Foi considerado no projeto atingir metas de cobertura de 360 (90%) de hipertensos e de 80 (70%) de cobertura para diabéticos no período da aplicação da intervenção.

Objetivo1: Ampliar a cobertura da atenção dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

Meta 1.1 Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Meta 1.2 Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Ao longo destas semanas do projeto, mantivemos um incremento gradual e constante do número de usuários cadastrados. Em relação aos hipertensos, no primeiro mês foram cadastrados 102 (32,4%) hipertensos, no segundo mês 178 (56,5%) hipertensos e no terceiro mês da intervenção foi possível cadastrar 244 (77,5%) hipertensos, conforme figura 1. Em relação aos diabéticos, no primeiro mês

foram 9 (15%) diabéticos, aumentamos estas cifras no segundo mês atingindo 12 (20%) diabéticos e no terceiro mês cadastramos 29 (48,3%), conforme figura 2.

Como foi recentemente comentado, motivado pelo encurtamento do tempo da intervenção faltaram cadastrar um número importante de usuários de ambos os grupos, mas o nível de satisfação da população e da equipe foi satisfatório e consideramos estes indicadores parcialmente atingidos.

Anterior a esta intervenção, muitos dos usuários não tinham prontuário na unidade, ou estavam completamente desatualizados em seus exames clínicos, avaliação clínica e/ou odontológica. Os primeiros passos foram dados para continuar oferecendo uma atenção de qualidade nestas e outras doenças crônicas.

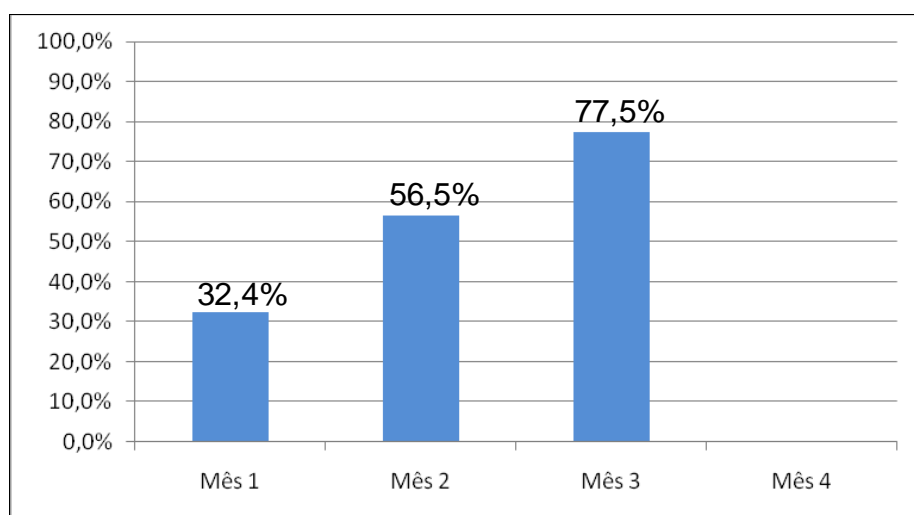


Figura 1. Proporção de usuários cadastrados no programa de atenção ao hipertenso na UBS São José

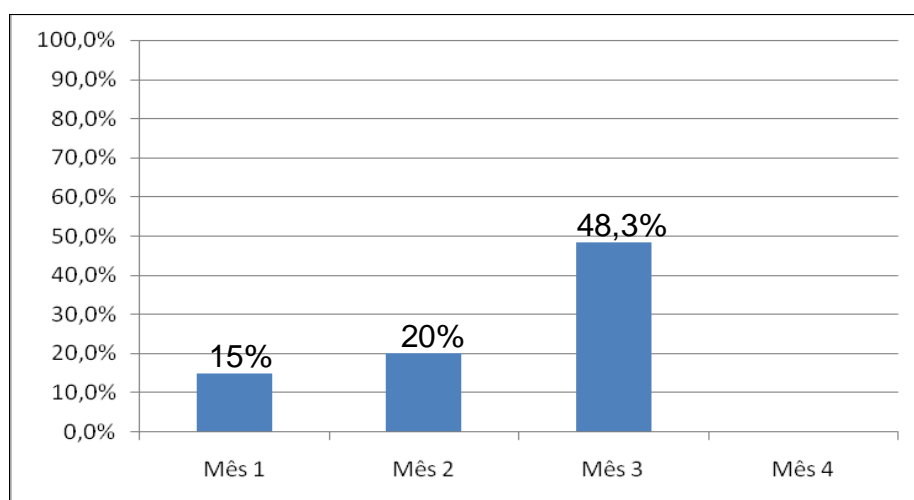


Figura 2. Proporção de usuários cadastrados no programa de atenção ao diabético na UBS São José.

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

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

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

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

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

Nos indicadores de qualidade tivemos uma proporção ascendente no número de usuários que eram acompanhados na unidade. No que se refere aos hipertensos, no primeiro mês foram examinados um total de 54 (50,9%) hipertensos, no segundo mês tivemos um incremento de 108 (60,7%) hipertensos, e finalmente atingimos um total de 155 (63,5%) usuários com HAS com exame clínico em dia, conforme figura 3.

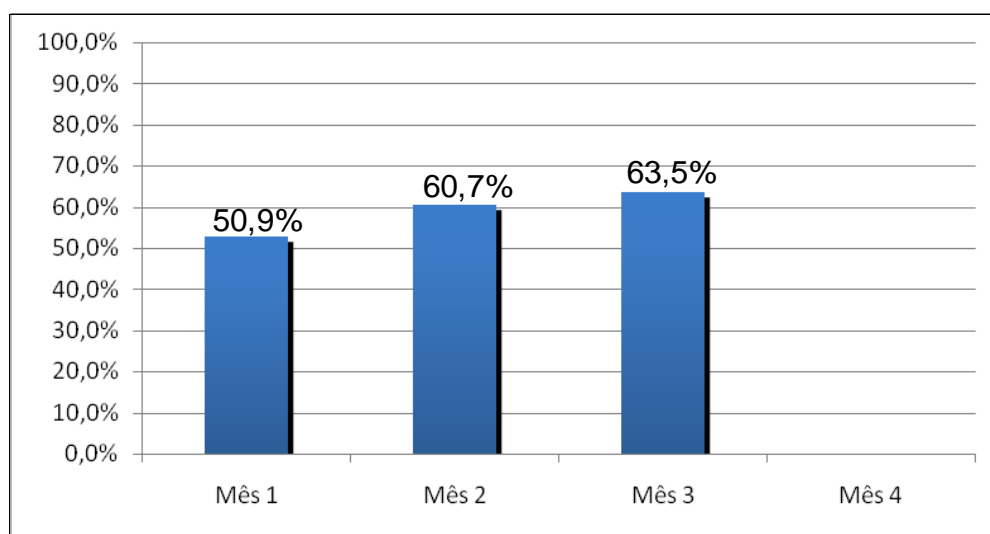


Figura 3. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Este indicador se comportou de forma distinta nos usuários com DM, aqui apresentamos uma diminuição da proporção final, devido ao tamanho pequeno da mostra que agiu de forma negativa no resultado do indicador. Nossos resultados no primeiro mês foram de 9 (100%) usuários avaliados, no segundo mês de 11 de 12

(91,7%) diabéticos, e no terceiro mês realizamos exames clínicos em 24 de 29 (82,8%) diabéticos, conforme figura 4.

A equipe ficou satisfeita com estes resultados, pois foi uma das ações mais complexas devido às dificuldades relacionadas fundamentalmente ao fator tempo para realizar a consulta e o exame clínico. A equipe teve que programar consultas agendadas para horários mais cômodos e de pouca demanda espontânea.

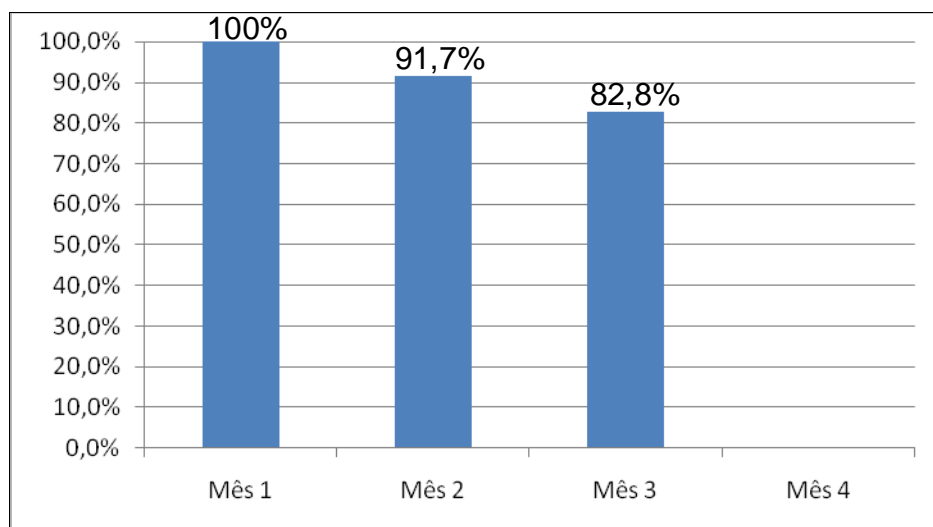


Figura 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

Em relação aos exames complementares contidos nos protocolos de atendimento destas doenças crônicas, começamos as atividades de atualização dos usuários que estavam em atraso com os exames complementares indispensáveis para uma correta avaliação clínica-laboratorial. Em relação aos hipertensos, no primeiro mês atingimos 42 de 102 (41,2%), no segundo mês foram solicitados

exames complementares a 94 de 178 (52,8%) usuários e no terceiro mês 141 de 244 (57,8%) tiveram solicitação de exames complementares, conforme figura 5.

Os resultados não foram completamente satisfatórios, mas estes resultados foram motivados pelo esforço que fez o município para que todos os usuários que precisaram de exames para um controle de qualidade foram feitos gratuitamente. Outros fatores que incidiram sobre os resultados foram que alguns usuários não fizeram os exames indicados no tempo da intervenção e não foram atualizados nos prontuários e na planilha de coleta de dados ao finalizar a etapa de intervenção.

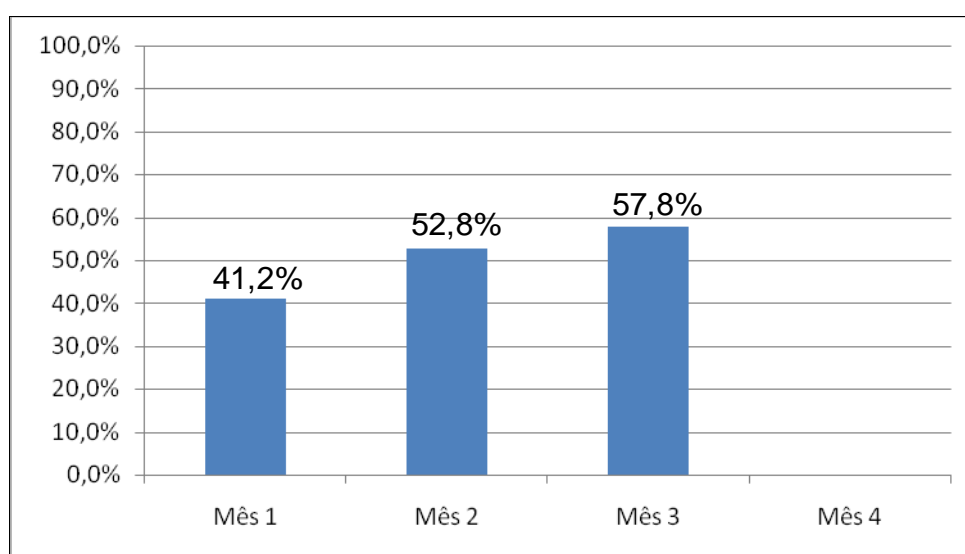


Figura 5. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês foram realizados um total de 8 de 9 (88,9%) exames laboratoriais para usuários com DM, no segundo mês 10 de 12 (83,3%) diabéticos tiveram solicitação de exames complementares e no terceiro mês atingimos um total de 23 de 29 (79,3%) usuários com solicitação de exames em dia, conforme figura 6.

Para usuários com DM estes valores ficaram um pouco mais altos pelo motivo que estes usuários são acompanhados laboratorialmente mais rigorosamente, para atingir um certo controle metabólico. Os usuários diabéticos têm o conhecimento e a responsabilidade pela sua saúde que muitas vezes é menor em usuários com HAS. Na análise qualitativa deste indicador, foi um pouco difícil para a

equipe a instauração de um plano de exames laboratoriais para 100% dos usuários acompanhados.

Estimamos a realização de 400 solicitações de exames em quatro meses de intervenção, os recursos foram gerenciados satisfatoriamente com os gestores. A equipe se reuniu com os gestores para explicar a importância desta ação para estes usuários. Entre as dificuldades encontradas foi que não todos os exames eram pagos pela secretaria em alguns casos, por exemplo só se podiam autorizar de graça 10 electrocardiogramas para todo um mês nas três ESF. Outros usuários, especialmente homens, não realizaram porque achavam que não precisavam, pois referiam que estavam bem de saúde, mas estes casos foram devidamente orientados e encaminhados.

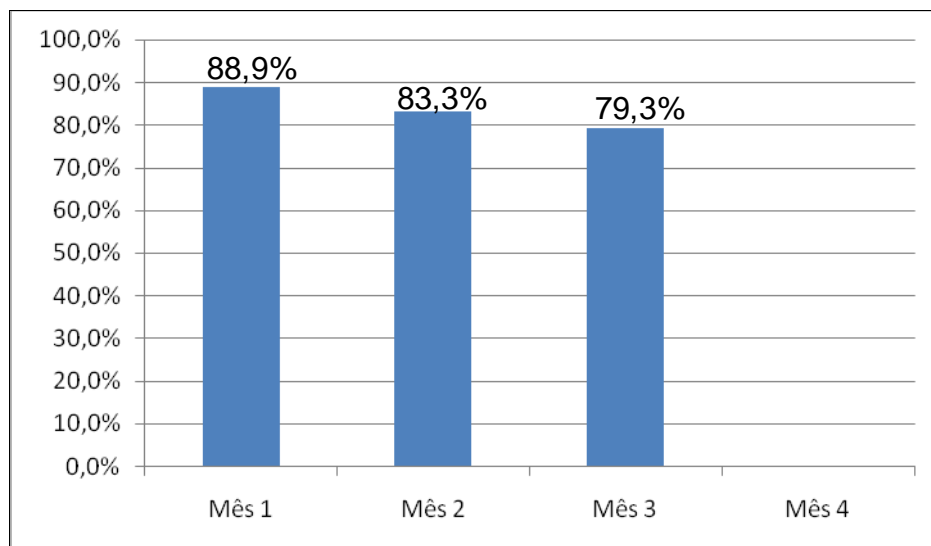


Figura 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

Continuando com os resultados das metas de qualidade, apresentamos os resultados referentes à proporção de usuários hipertensos e/ou diabéticos que fazem uso de medicamentos procedentes da rede de farmácias populares. Em relação aos hipertensos, no primeiro mês tivemos 57 de 62 (91,9%) hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, no segundo mês 109 de 118 (92,4%), e no terceiro mês 162 de 178 (91%) hipertensos com prescrição de medicamentos, conforme figura 7.

Entre as facilidades encontradas nesta ação, destacamos que a maioria dos usuários cadastrados já fazia uso dos medicamentos da farmácia popular. Algumas dificuldades foram encontradas em alguns usuários que se negavam à troca dos medicamentos em uso pelos da farmácia popular, mas foi respeitado em cada um dos casos nos quais estes medicamentos estavam oferecendo um adequado grau de controle.

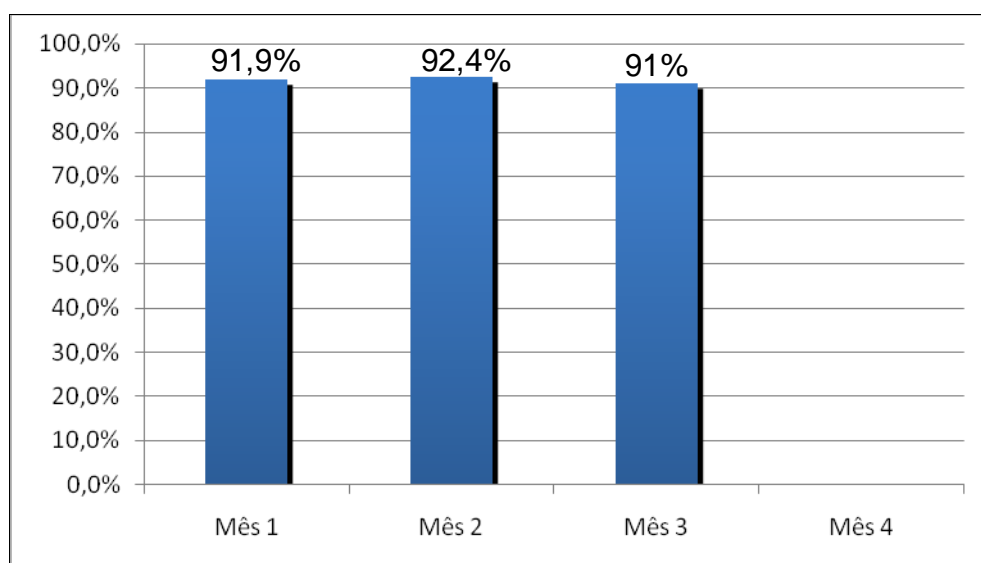


Figura 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Para usuários com DM, os dados foram os seguintes: todos os 9 (100%) diabéticos receberam a solicitação de medicação da farmácia popular, no segundo mês, novamente todos os diabéticos tiveram sua prescrição feita, atingindo (100%) e no terceiro mês 26 de 29 (89,7%) diabéticos receberam prescrição de medicamentos da farmácia popular, conforme figura 8.

Aqui também tivemos alguns usuários que não aceitaram a troca dos medicamentos que estavam usando e respeitamos a sua decisão. Em outros casos, não trocamos por motivos clínicos, pois a descompensação metabólica grave era um dos riscos da troca. Outro motivo era o pouco conhecimento do usuário sobre a nova medicação, que pode ser motivo de descontrole metabólico.

Avaliando qualitativamente este indicador, observamos que não foi complexa a sua incorporação à unidade, pois o programa de farmácia popular está grandemente utilizado por todos os usuários e as equipes, motivado principalmente pela alta qualidade dos medicamentos que são distribuídos na rede.

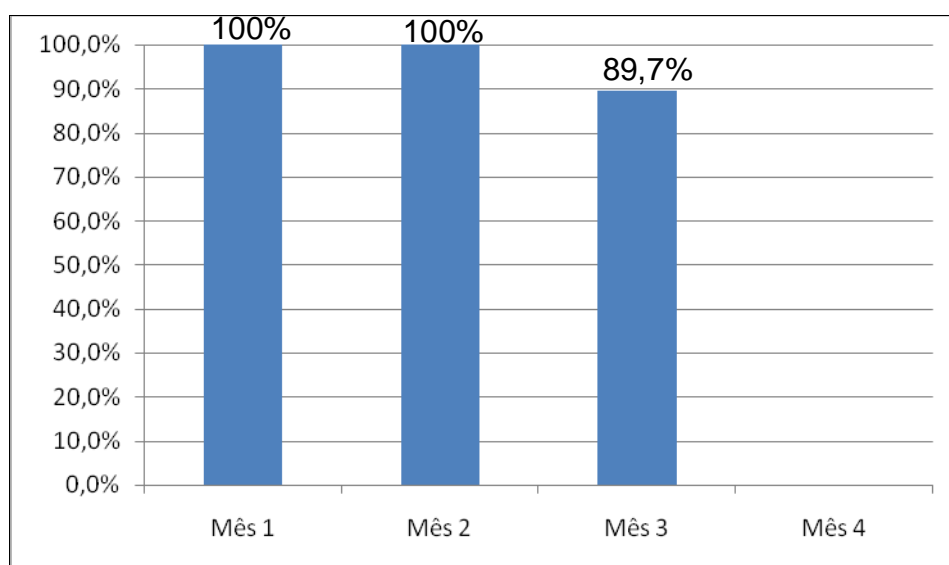


Figura 8. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

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

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

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

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

Continuamos analisando os resultados dos indicadores de qualidade, agora acerca da avaliação da necessidade de atendimento odontológico. A equipe teve que mudar um pouco a dinâmica de atendimento para coordenar os esforços de atendimento clínico e atendimento odontológico, pois foi um pouco difícil fazer os atendimentos simultâneos destes usuários e lidar com a demanda espontânea da Unidade de saúde.

No aspecto quantitativo, foi feito o planejamento de atingir uma meta de 100% na avaliação da saúde bucal para ambos os grupos. As metas para este indicador de qualidade não foram atingidas, mas foram indicadores crescentes com toda a ajuda da equipe. Para usuários com HAS atingimos no primeiro mês um total de 43 de 102 (42,2%) usuários hipertensos avaliação sobre a necessidade de atendimento odontológico. No segundo mês aumentamos para 98 de 178 (55,1%) hipertensos, e no terceiro mês foram avaliados 147 de 244 (60,2%) hipertensos para a necessidade de atendimento odontológico, conforme figura 9.

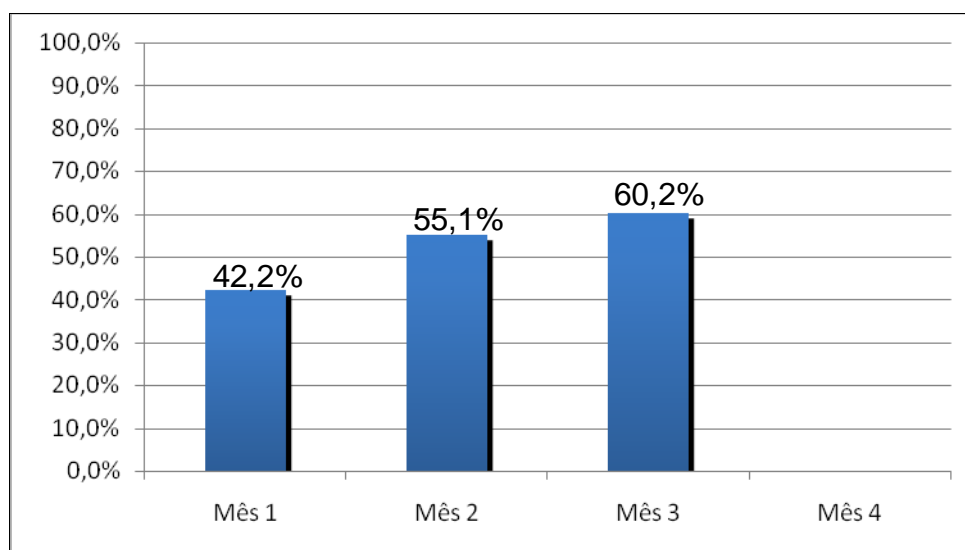


Figura 9. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Para usuários com DM foram atingidos os seguintes resultados: 5 de 9 (55,6%) diabéticos foram avaliados no primeiro mês. Já no segundo mês alcançamos 7 de 12 (58,3%) diabéticos com avaliação de exame bucal integral e para o terceiro mês, 22 de 29 (75,9%) diabéticos foram avaliados da necessidade de atendimento odontológico, conforme figura 10.

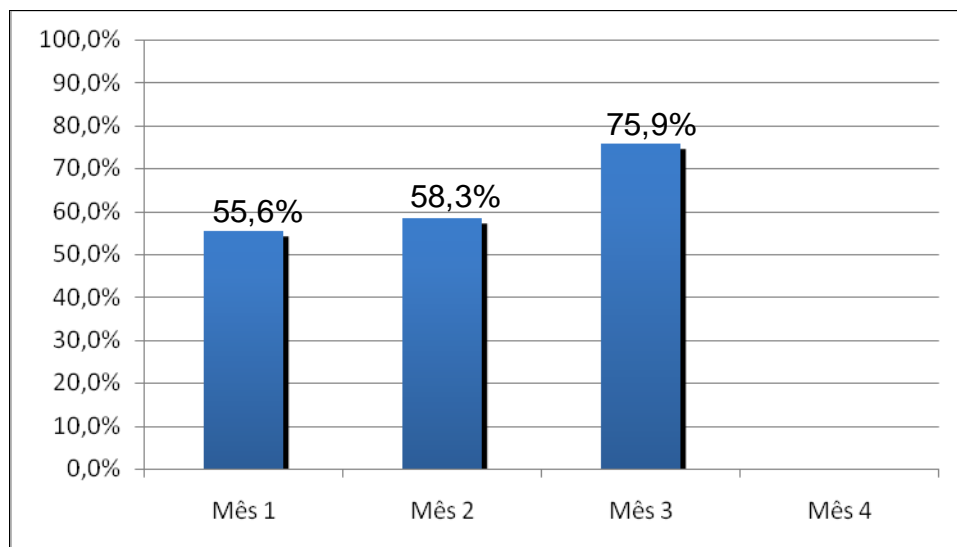


Figura 10. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

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

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

A adesão às consultas foi um dos indicadores mais importantes, representando o resultado do trabalho continuado e coordenado com os ACS, enfermeiros e a população. As metas propostas foi buscar 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Para os hipertensos tivemos os seguintes dados: no primeiro mês 41 hipertensos faltaram, sendo que 20 (48,8%) receberam busca ativa, no segundo mês 65 faltaram e 40 (61,5%) receberam busca, já no terceiro mês 83 faltaram e 59 (71,1%) receberam busca ativa, conforme figura 11.

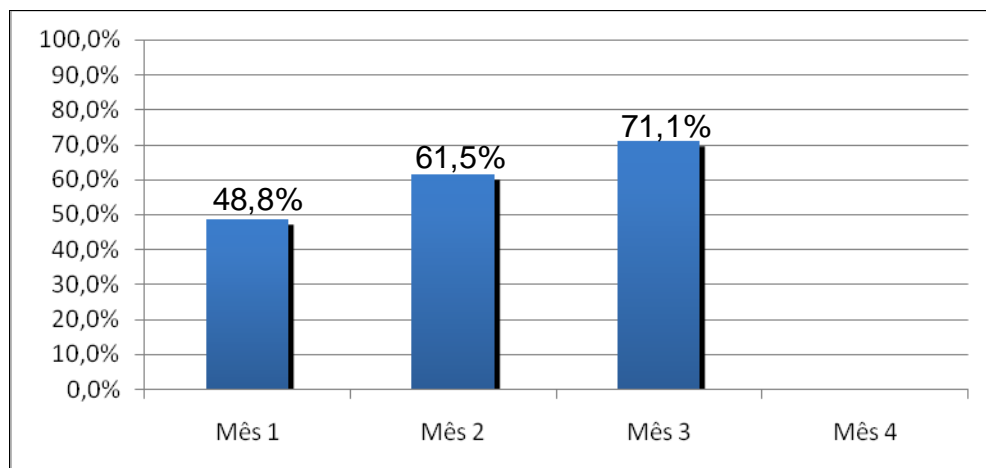


Figura 11. Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Para usuários com diabetes os resultados obtidos foram: no primeiro mês não apresentamos faltosos, no segundo mês tivemos 1 faltoso e este recebeu busca ativa, representando (100%) e no terceiro mês 5 diabéticos faltaram e 4 (80%) receberam busca ativa, conforme figura 12.

Avaliando qualitativamente a implementação destas ações não tivemos dificuldade por parte da equipe, contamos com uma excelente equipe de ACS e de enfermagem que foram os responsáveis destes resultados. Após a culminação da intervenção, continuamos utilizando este sistema de busca ativa para os usuários faltosos.

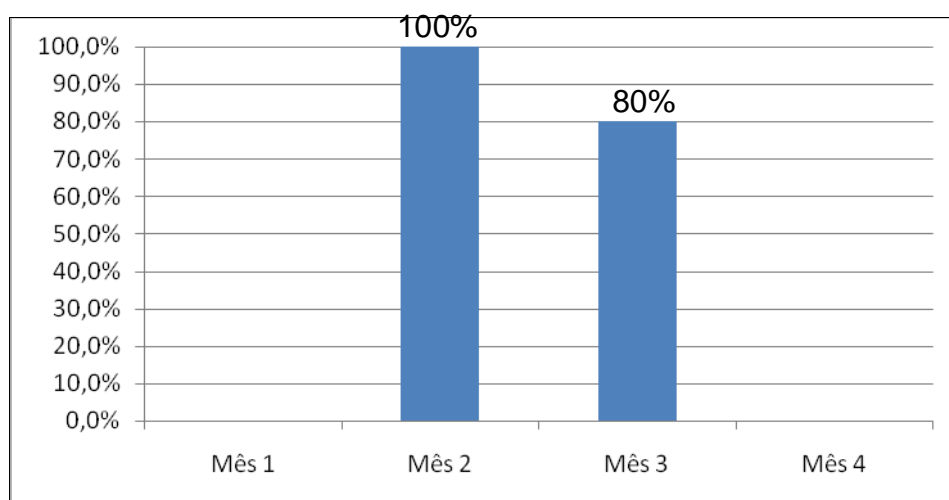


Figura 12. Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

No indicador referente ao registro das informações nos prontuários e fichas de acompanhamento, nos propusemos atingir 100% dos usuários destes grupos com registro adequado. Estes valores não foram atingidos, mas estamos satisfeitos com os resultados, pois foi um indicador ascendente em ambos os grupos.

Nos aspectos quantitativos os resultados para os hipertensos se comportaram da seguinte forma: no primeiro mês foram registrados adequadamente 44 (43,1%) hipertensos, no segundo mês 99 (55,6%) e, finalmente, no terceiro mês 146 (59,8%) hipertensos tiveram seus registros adequados, conforme figura 13.

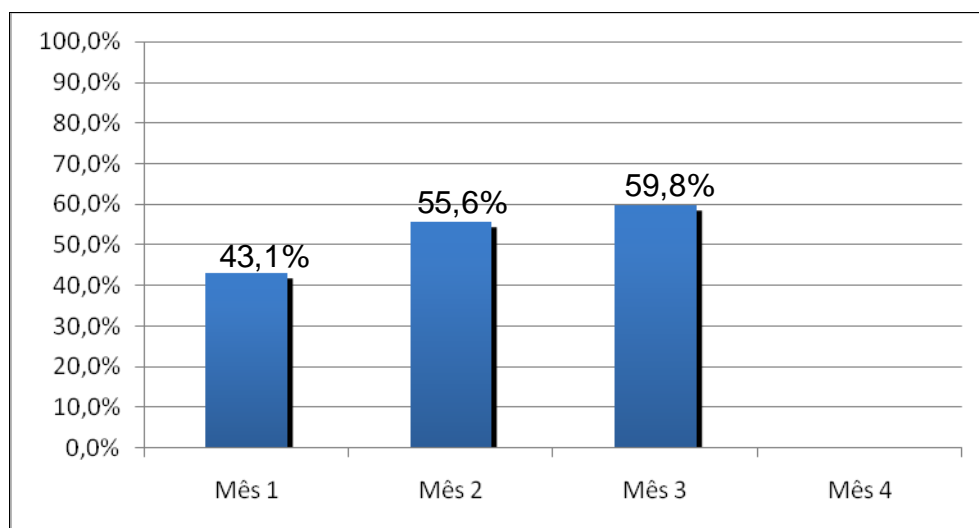


Figura 13. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Para usuários com DM os resultados foram: no primeiro mês obtivemos 8 (88,9%) usuários com registros adequados, segundo mês 11 (91,7%) e, finalmente,

no terceiro mês 24 (82,8%) diabéticos tiveram seus registros adequados, conforme figura 14.

Avaliando qualitativamente estes indicadores, todas as ações foram implementadas sem problemas, e ainda se encontram em aplicação estes registros que representam uma grande ajuda para o controle destes usuários. Neste indicador não apresentamos dificuldades para o seu desenvolvimento, pois os recursos materiais estavam na unidade e fichas de acompanhamento são de fácil manuseio e compreensão pela equipe. Os resultados abaixo das metas propostas ocorreram devido ao fato deste indicador depender dos resultados dos outros indicadores, ou seja, se todas as informações estão completas incrementam de forma positiva este indicador, se não estas têm influência negativa.

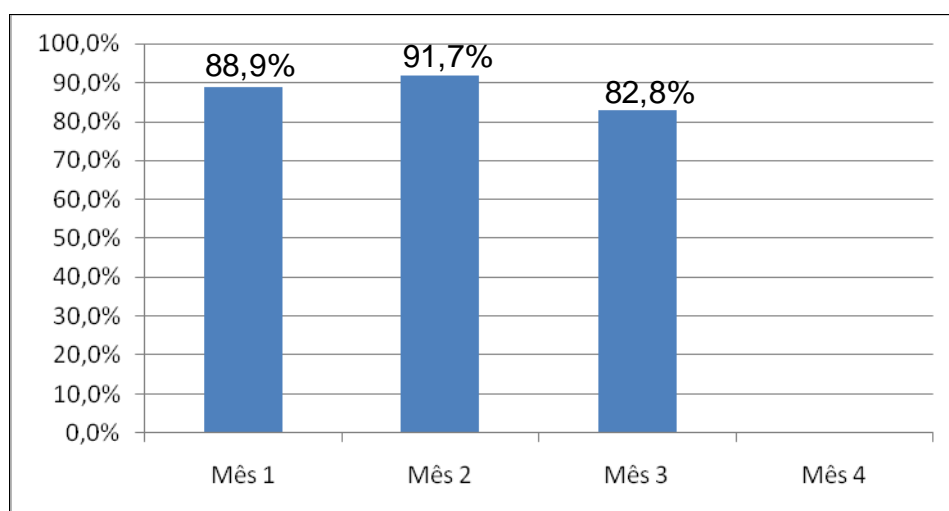


Figura 14. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos cadastrados na unidade com estratificação do risco cardiovascular.

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

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

Em relação aos hipertensos os dados encontrados foram: no primeiro mês 34 de 102 (33,3%) hipertensos tiveram estratificação de risco realizada, no segundo mês 89 de 178 (50%) hipertensos e no terceiro mês 136 de 244 (55,7%) hipertensos com estratificação de risco, conforme figura 15.

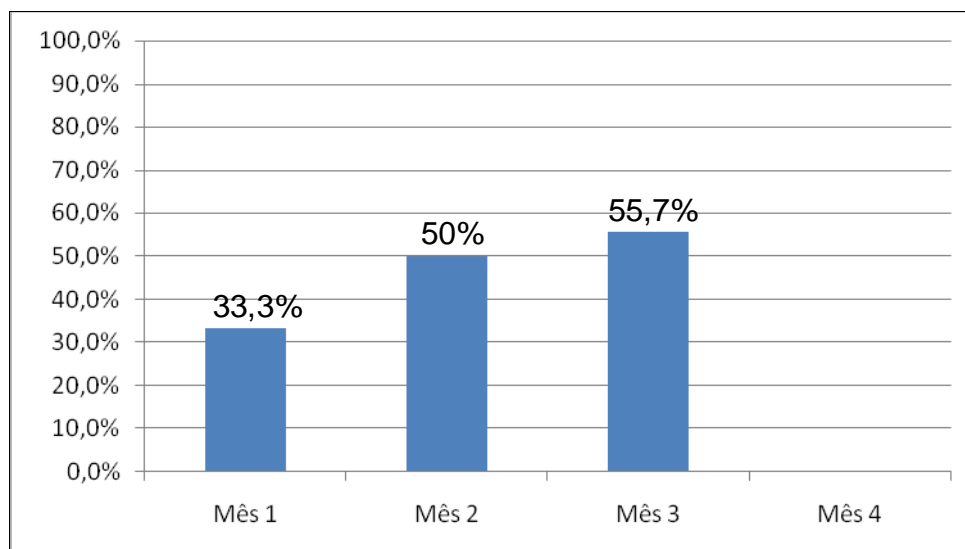


Figura 15. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Os resultados no primeiro mês para usuários com DM foram 7 de 9 (77,8%) diabéticos realizaram estratificação de risco cardiovascular, no segundo mês 10 de 12 (83,3%) diabéticos e no terceiro mês 23 de 29 (79,3%) diabéticos foram avaliados sobre risco cardiovascular pelo Escore de Framingham, conforme figura 16.

Quantitativamente não atingimos as metas para estes indicadores pela dificuldade de que a maioria dos usuários na primeira consulta tinha que fazer exames de frações de colesterol para poder fazer o cálculo do escore. Em consequência estes indicadores não foram altos, pois se precisam de outros encontros para realizar uma avaliação completa de cada usuário.

Nos aspectos qualitativos para este indicador não apresentamos dificuldades na realização, pois a tabela de escore de risco cardiovascular é bem intuitiva e fácil aplicação, além de que existem aplicativos que fazem um cálculo rápido do escore só com a introdução dos dados dos usuários, facilitando muito a aplicação desta ação para ambos os grupos de usuários.

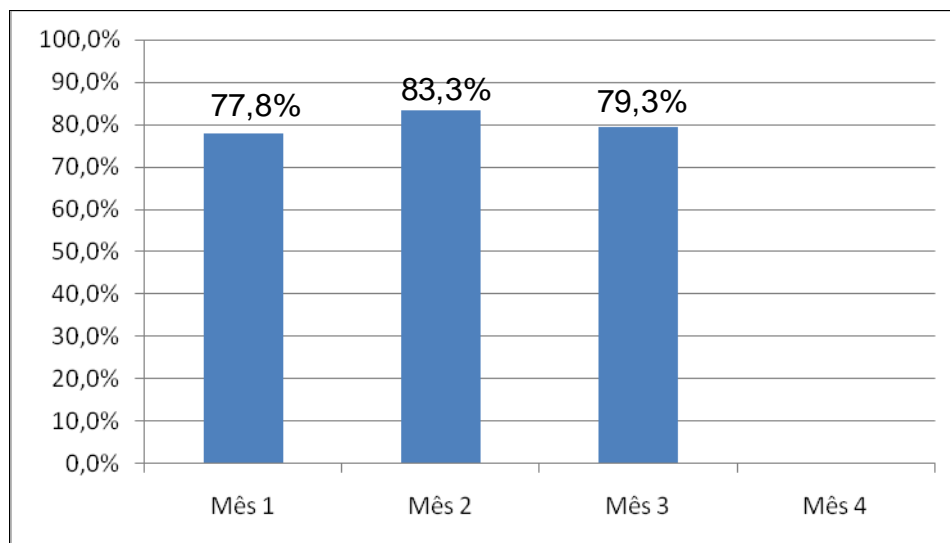


Figura 16. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Nas metas de promoção e prevenção de saúde as propostas foram atingir 100% nos indicadores de qualidade para cada uma das ações. Do ponto de vista qualitativo não foram ações que, pela sua complexidade, requereram demasiadas mudanças na dinâmica da unidade. A maioria das ações foi realizada na unidade quando os usuários realizaram a consulta clínica, odontológica ou nos grupos de hipertensos e diabéticos em cada comunidade.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

Para os usuários com HAS tivemos os seguintes resultados: no primeiro mês realizamos orientações para 47 de 102 (46,1%) hipertensos cadastrados, no segundo mês tivemos 109 de 178 (61,2%) hipertensos e no terceiro mês 163 de 244 (66,8%) hipertensos que receberam as orientações sobre dieta adequada, conforme figura 17.

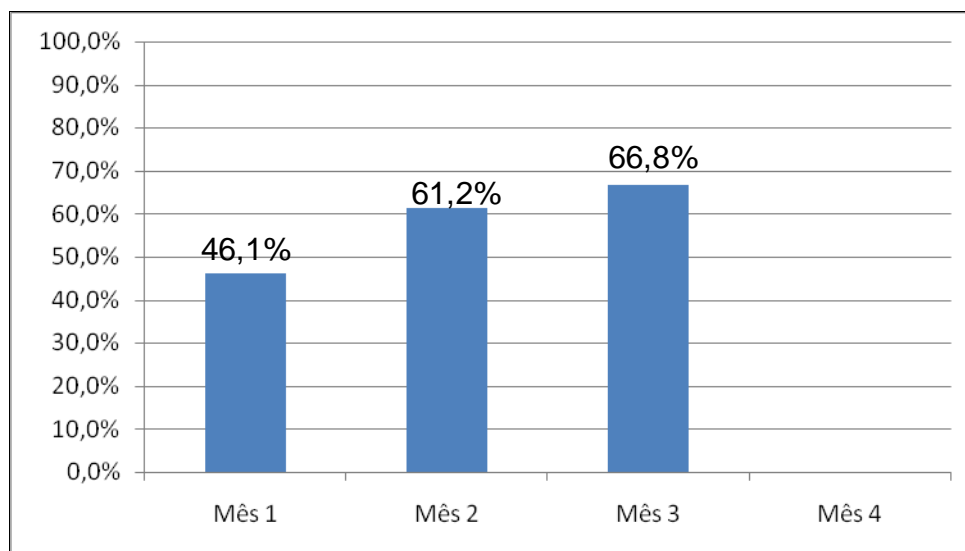


Figura 17. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS São José.

Para usuários com DM, tivemos resultados semelhantes aos anteriores, apresentando no primeiro mês um total de 7 de 9 (77,8%) diabéticos que receberam as orientações nutricionais, no segundo mês 10 de 12 (83,3%) diabéticos e no terceiro mês obtivemos um total de 23 de 29 (79,3%) diabéticos que receberam orientações sobre alimentação saudável, conforme figura 18.

Avaliando qualitativamente este indicador, ressaltamos a facilidade para desenvolver esta ação, pois é uma atividade de promoção que não demanda muita complexidade, estas informações foram oferecidas nas entrevistas individuais na UBS e nas palestras ministradas para usuários com hipertensão e diabetes em cada uma das comunidades. Quantitativamente as metas não foram atingidas, mas a equipe realizou um grande esforço para oferecer estas orientações, porque as consultas ficavam muito extensas e se adiavam estas orientações para um segundo momento com estes usuários.

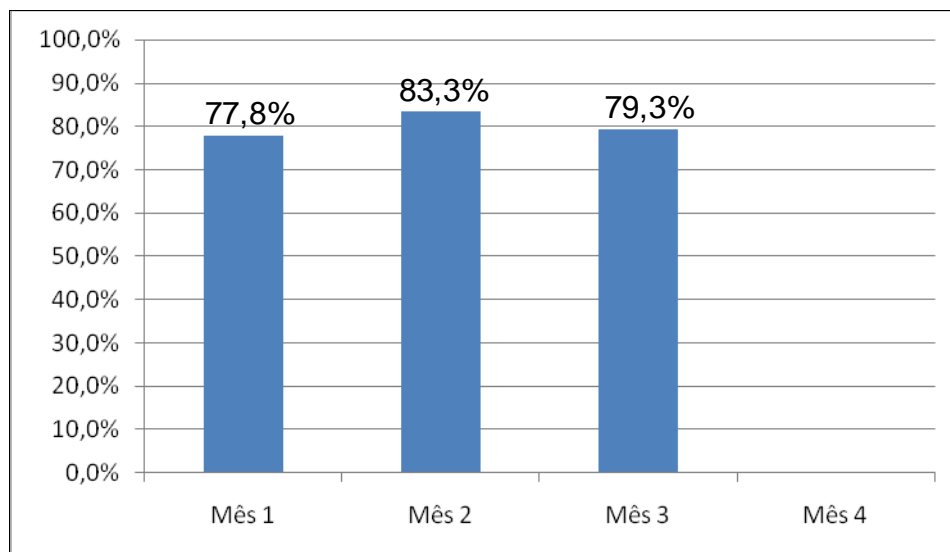


Figura 18. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS São José.

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

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

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

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

Os resultados para usuários com HAS foram: no primeiro mês realizamos orientações a 48 (47,1%) hipertensos, no segundo mês as orientações foram realizadas para 113 (63,5%) hipertensos e no terceiro mês 145 (67,6%) hipertensos foram orientados sobre atividade física regular, conforme figura 19.

Em relação aos usuários com DM estes resultados têm um comportamento semelhante, sendo no primeiro mês 7 (77,8%) diabéticos orientados sobre prática de atividade física regular, no segundo mês da intervenção 10 (83,3%) diabéticos e no terceiro mês 24 (82,8%) diabéticos, conforme figura 20.

Avaliando qualitativamente esta ação resumimos que não tivemos dificuldades para a realização destas atividades com os usuários, primeiramente ressaltar o apoio da enfermagem e da educadora física que desenvolveu as atividades de grupo com os usuários. Ressaltar que todos os usuários foram

avaliados clinicamente para declarar a sua aptidão física e funcional para a realização desta atividade.

Quantitativamente este indicador ficou abaixo das metas propostas pois como foi anteriormente comentado em tópicos anteriores foi adverso o fator tempo. Especificamente este indicador está limitado pelas condições físicas de cada um dos usuários.

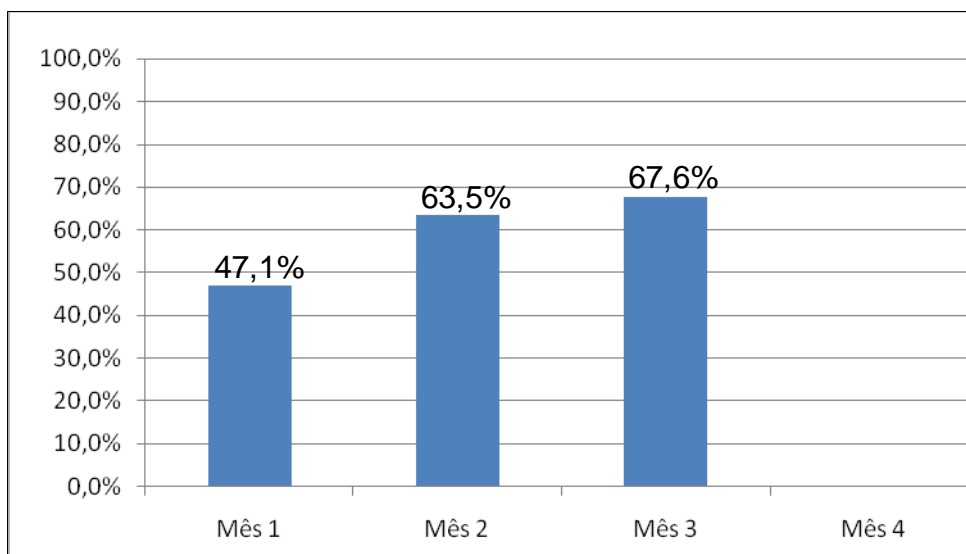


Figura 19. Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

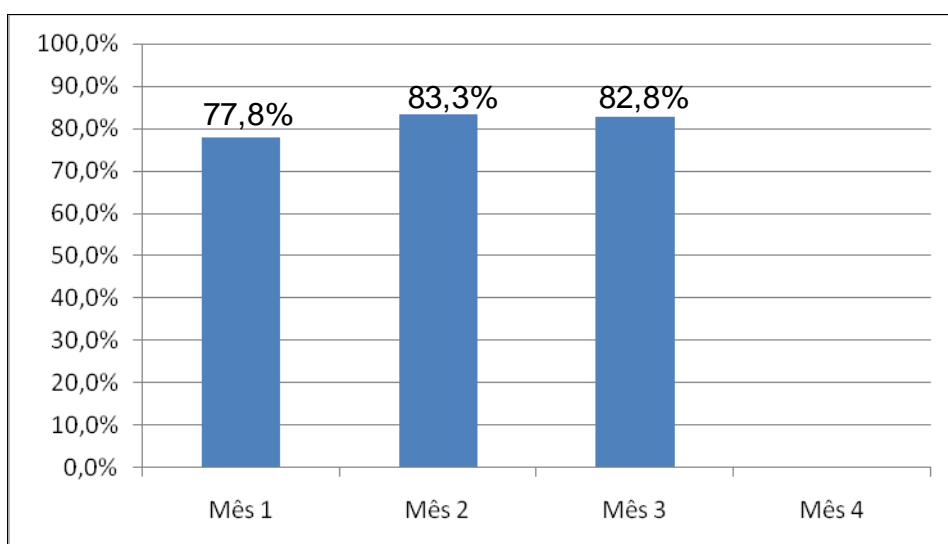


Figura 20. Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

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

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

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

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

Quantitativamente obtemos os seguintes resultados para usuários hipertensos, no primeiro mês 47 (46,1%) hipertensos receberam esta orientação, no segundo mês 114 (64%) receberam as orientações e no terceiro mês 171 (70,1%) usuários hipertensos receberam as orientações sobre riscos do tabagismo, conforme figura 21.

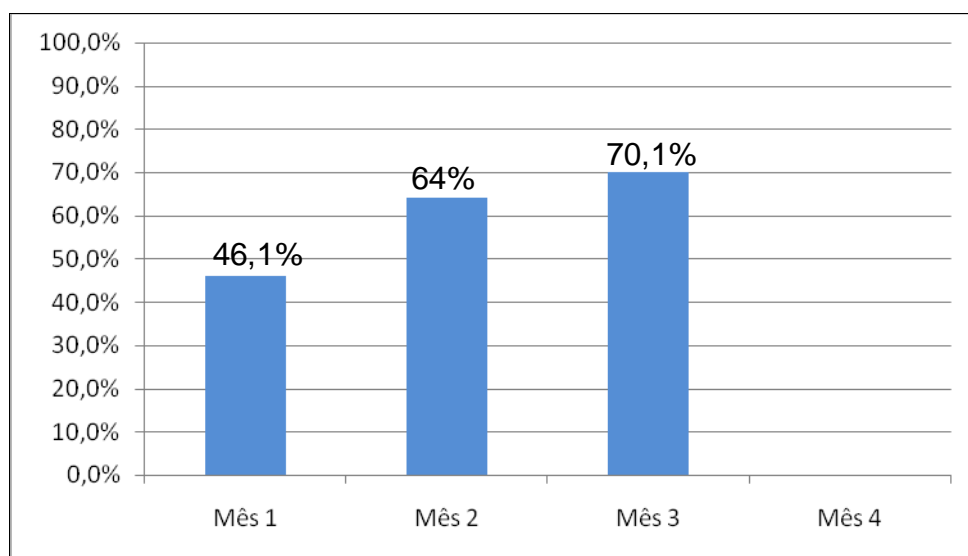


Figura 21. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Para usuários com DM, obtivemos para o primeiro mês 7 (77,8%) diabéticos que receberam as orientações, no segundo mês 10 (83,3%) diabéticos e no terceiro mês 25 (86,2%) diabéticos receberam as orientações sobre os fatores de risco para o tabagismo, conforme figura 22.

Nesta ação, tivemos a facilidade que já existia funcionando na unidade o grupo para usuários tabagistas e só foi acrescentar os usuários hipertensos e

diabéticos que tinham vontade de parar de fumar. Ações preventivas sobre riscos do tabagismo foram orientadas em cada consulta e nas atividades de grupo comunitárias aos usuários não fumantes.

Quantitativamente este indicador ficou abaixo das metas propostas por fatores já anteriormente comentados, as ações de promoção e prevenção são ações dependentes entre si, pois são executadas no mesmo espaço com cada usuário. Aqui se acrescenta o fator que muitos usuários nunca participaram do grupo de tabagismo e não receberam as orientações específicas.

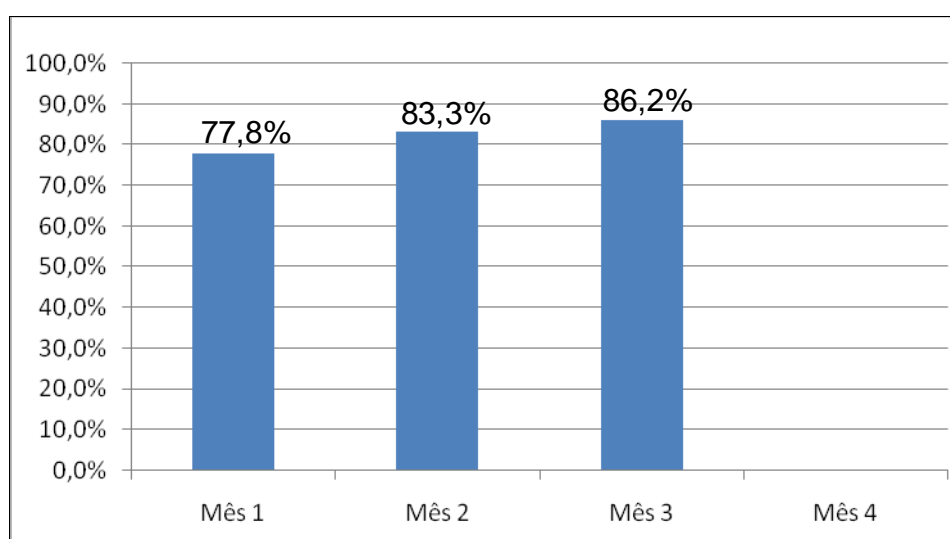


Figura 22. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Finalmente apresentando os resultados para as ações de promoção para saúde bucal, este indicador não foi atingido com as metas propostas, mas a equipe obteve a satisfação por estes resultados. Desde o ponto de vista qualitativo, conseguimos implementar estas ações fazendo um trabalho em conjunto e em equipe, com a ajuda dos odontólogos da unidade pois tivemos problemas no início

por instabilidade no serviço, por que alguns dos profissionais estavam de férias e não era o mesmo profissional que fazia os atendimentos em cada semana.

Nos resultados quantitativos obtivemos para usuários com HAS: no primeiro mês foram realizadas orientações sobre saúde bucal a 40 (39,2%) hipertensos, no segundo mês as orientações foram feitas para 96 (53,9%) hipertensos e no terceiro mês 146 (59,8%) hipertensos foram orientados em relação à saúde bucal, conforme figura 23.

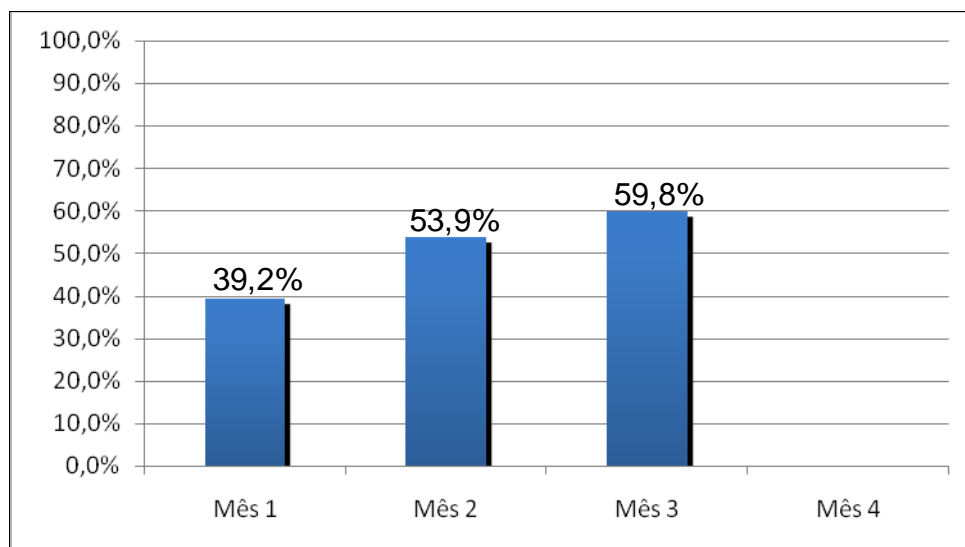


Figura 23. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Para usuários com DM os resultados das ações para o primeiro mês foram 7 (77,8%) diabéticos com orientações sobre a saúde bucal, no segundo mês 10 (83,3%) diabéticos foram orientados e no terceiro mês 25 (86,2%) diabéticos foram orientados, conforme figura 24.

Quantitativamente não foram atingidas as metas, pois aqui apresentamos dificuldades durante a intervenção devido a férias dos profissionais de odontologia pelo que atingiu de forma negativa os resultados neste indicador.

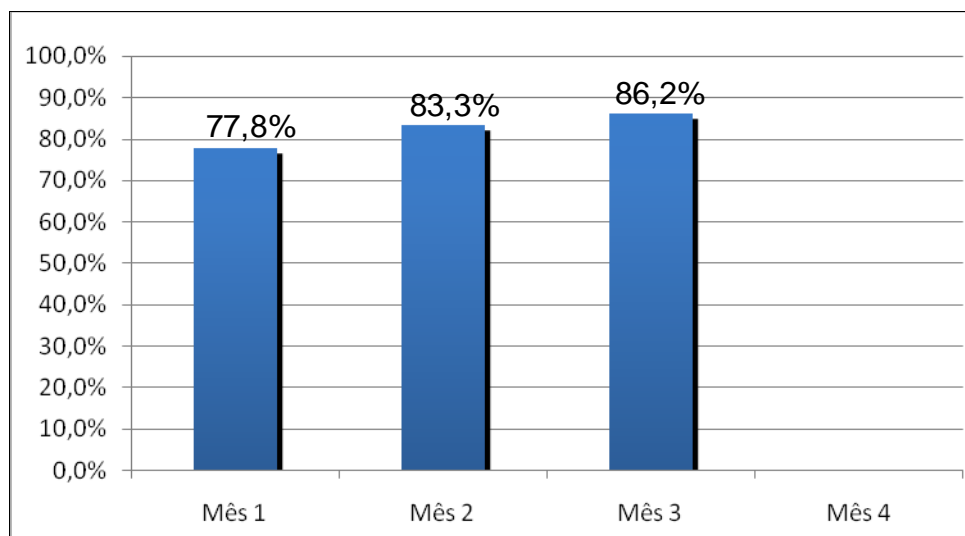


Figura 24. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Em resumo a intervenção teve múltiplos aspectos positivos para a equipe, acrescentou de forma positiva a unidade dos integrantes da equipe, desde os ACS até o pessoal da UBS. Outro aspecto positivo foi a integração com a gestão do município para cumprir um fim, elevando o nível de atenção à saúde. Sistemas de registro e buscas ativas estão sendo aplicados na unidade após a culminância do projeto. Os diferentes indicadores não foram completamente atingidos alguns por motivo de tempo e outros tanto por fatores subjetivos e objetivos já comentados neste relatório. Finalmente os maiores beneficiados foram os usuários que participaram desta intervenção e ficaram satisfeitos com a qualidade dos serviços que a sua unidade de saúde oferece.

4.2 Discussão

A intervenção que recém foi culminada propiciou grandes vantagens e mudanças na dinâmica de trabalho de nossa unidade. Foi um projeto que ajudou a elevar a qualidade dos serviços oferecidos dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e da atenção primária no município. Adicionalmente contribuiu a elevar a qualificação dos profissionais desde o ponto de vista técnico-profissional, trazendo novas experiências sobre a atuação profissional neste nível de atendimento.

Incrementou-se a organização de registros e cadastros de usuários com hipertensão e diabetes dentro e fora da unidade, pois foram igualmente atualizados todos os registros dos ACS e os prontuários da unidade. Conseguiu-se atualizar os exames clínicos e laboratoriais para uma grande quantidade de usuários com HAS e DM. Foram realizadas ações nas próprias comunidades de promoção e prevenção em saúde, foram criados grupos para a cessação tabágica e grupos para fomentar a atividade física. Outro grande benefício à comunidade foi a avaliação bucal aos usuários participantes da intervenção e as orientações de promoção e prevenção em saúde bucal.

A principal meta foi a melhora na cobertura de usuários hipertensos e diabéticos na unidade, sendo incrementada esta cobertura, não até níveis propostos, mas pelo menos aceitáveis. Ao final não conseguimos atingir metas propostas, mas considerando a redução do tempo da intervenção em quatro semanas, achamos que foram obtidos resultados aceitáveis. Outras atividades foram aprimoradas na unidade, como avaliação clínica integral e laboratorial, avaliação do risco cardiovascular, foram realizadas a detecção precoce de agravos e de outras doenças intercorrentes. Foram otimizados os serviços oferecidos pela farmácia popular, garantindo que os usuários recebam os medicamentos indispensáveis em cada caso.

A intervenção requereu a capacitação de todos os integrantes da equipe para conseguir elevar a qualidade dos atendimentos, das atividades de promoção e prevenção além da preparação das atividades de engajamento público, o que significou um aspecto muito positivo para a equipe. Para o serviço foi de grande melhoria a adaptação ao sistema de agendamentos para estes usuários para poder lidar com a demanda espontânea. O impacto sobre a comunidade foi excelente, pois percebemos que os usuários se sentiram valorizados e que a sua equipe está respondendo. Mas ainda temos que continuar realizando ações para alcançar as metas propostas, mantendo o interesse de elevar a qualidade dos serviços e elevar a equidade, universalidade e acessibilidade de todos os usuários.

Não se faziam mudanças na estrutura da intervenção como um todo, mas pensamos que às vezes se torna muito repetitivo as atividades a realizar em cada semana, muitas vezes falando sobre o mesmo tema ou justificativa uma e outra vez só porque estava no cronograma de essa semana. As vezes se sente a sensação de estar empriionado, impedindo a equipe tivesse a liberdade para desenhar e

planejar a sua própria intervenção, assim se aplicariam ideias mais adequadas com a realidade de cada região e não como um padrão que pode ser aplicado como uma regra matemática, o que resta criatividade e a motivação dos que estão inseridos na intervenção.

A viabilidade de continuar com estas ações são possíveis, pois a equipe após a culminação da intervenção se manteve aplicando essas mesmas ações do cronograma e pensamos em expandir a outros usuários com outras doenças mais incidentes como o risco de tentativa de suicídio, saúde mental, drogadicção, obesidade e doenças relacionadas ao trabalho que são as principais demandas da unidade, melhorando ainda mais a equidade, pois não podemos converter a nossa unidade em uma unidade especializada nos tratamentos só destes usuários, pois não se aplicariam os princípios da atenção primária nem do SUS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Secretário de Saúde:

Me chamo Julio Rodrigues Padrón, fiz parte de um projeto intervenção em saúde, promovido pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e em parceria com a Universidade Federal de Pelotas, foi realizado um projeto de intervenção com objetivo de melhorar a saúde dos usuários com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, baseado numa série de ações programáticas que foram desenvolvidas num período de 12 semanas.

O projeto objetivou aumentar a cobertura em 360 (90%) dos usuários hipertensos e de 80 (70%) de cobertura para diabéticos no período da intervenção. Estas metas foram cumpridas parcialmente, mas a equipe ficou satisfeita pelos resultados obtidos. Durante três meses conseguimos ampliar a cobertura da atenção aos usuários com HAS e DM para 244 (77,5%) hipertensos e 29 (48,3%) diabéticos.

Outras muitas ações tiveram resultados semelhantes e foram de grande significância para a comunidade, pelo impacto que trouxe para este tipo de usuário na melhora da qualidade dos serviços oferecidos pela equipe e para o restante da comunidade com as diferentes atividades realizadas, a maioria com o apoio dos gestores do município de forma presencial, contribuindo para elevar a qualidade e a seriedade com que os gestores agem pela saúde das comunidades e dos usuários com este tipo de doenças.

A intervenção foi essencial para elevar a qualificação técnica e profissional da equipe na sua totalidade, permitindo que os profissionais participassem de palestras sobre os diferentes temas que seriam desenvolvidas nas diferentes ações a realizar.

Elevou a capacidade da equipe para se adaptar a situações diferentes, permitiu a adoção de dinâmicas mais acordes às desenvolvidas na atenção primária de saúde, com a aplicação de um programa de agendamento e organização frente à grande demanda espontânea da unidade.

Criou-se um sistema de alertas nas farmácias populares e laboratórios clínicos da cidade para obter uma retroalimentação sobre usuários que não estiveram usando os medicamentos mensalmente e usuários com exames de controle alterados. Como parte destas ações foi avaliado os estoques de medicamentos da farmácia da unidade para controle de estoque e verificação do prazo de validade, quantidade, pedidos a serem realizados. Conseguiu-se atingir 178 (91%) hipertensos e 29 (89,7%) diabéticos que estão recebendo o total de medicamentos que precisam da farmácia popular.

A avaliação do grande número de usuários desde o ponto de vista laboratorial foi uma das grandes vantagens da intervenção, além da avaliação clínica e odontológica completa. Neste item foi de grande ajuda a capacidade de gestão do município para conseguir providenciar os exames laboratoriais para todos os usuários que participaram na intervenção. Foi também garantido 100% dos recursos que iam ser utilizados durante o período da intervenção como fitas de HGT, folhas de papel, material descartável entre outros com o apoio do gestor. No total, conseguiu-se realizar os exames complementares a 141 (57,8%) hipertensos e 29 (79,3%) diabéticos.

Outros benefícios foram constatados pela equipe como a participação de todos os profissionais, trabalhando conjuntamente para complementar as diferentes ações como: nutricionistas, educadores físicos, psicólogos, fisioterapeutas, administrativos e pessoal de apoio.

Em resumo, a intervenção teve muitos aspectos positivos para todos os atores, conseguindo realizar todos os seus objetivos de forma total ou parcial. Cumpriram-se os objetivos acadêmicos dos profissionais inseridos neste processo e deu-se mais um passo na aplicação de novos projetos e ideias de como deve ser um funcionamento adequado de um programa integral de atenção às doenças crônicas. Incentivamos a secretaria a continuar com o apoio às equipes para continuar elevando a qualidade dos serviços de saúde na atenção primária.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Olá Comunidade da UBS São José,

Me chamo Julio Rodrigues Padrón, profissional médico do programa do governo federal Mais Médicos para o Brasil, e venho relatar a experiência da aplicação de algumas atividades na atenção de hipertensos e diabéticos da UBS São José, foi desenvolvida durante os meses de abril a junho de 2015. Esta intervenção teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes. Esta é parte de um projeto para melhorar a qualificação técnica e profissional da equipe.

O projeto tinha a vontade de aumentar a 90% os usuários hipertensos (360) e até 70% de diabéticos (80) cadastrados na unidade após a aplicação desta intervenção. Durante estes três meses conseguimos ampliar o número de usuários acompanhados na UBS a 244 (77,5%) hipertensos e 29 (48,3%) diabéticos. Estas metas só se cumpriram em parte, mas a equipe ficou satisfeita pelos resultados obtidos

Além deste benefício no aumento da cobertura de usuários cadastrados na unidade, podemos afirmar que houve uma melhora na dinâmica dos atendimentos em sentido geral, começando-se a resgatar muitos usuários que se encontravam sem acompanhamento, mau controlados e sem nunca receberem orientações adequadas sobre nutrição correta, realização de exercício físico, cessação de tabagismo e avaliação da saúde bucal. Outros dos benefícios obtidos com esta intervenção foi que uma grande parte dos usuários conseguiram fazer exames de laboratórios, exame clínico completo com o objetivo de avaliar presença de intercorrências e risco cardiovascular.

Deste modo, podemos destacar que durante três meses 141 hipertensos (57,8%) 23 diabéticos (79,3%) realizaram exames complementares segundo o preconizado pelo MS, além de que 178 (91%) hipertensos e 29 (89,7%) diabéticos receberam prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Como parte destas ações sobre a saúde destes usuários foi incluída a avaliação da saúde bucal, trazendo uma grande oportunidade para pesquisar nestes usuários o risco de câncer bucal e doenças afins, comuns para usuários com doenças crônicas e de especial apresentação em idosos. O total destes usuários que foram avaliados na saúde bucal foram 147 hipertensos (60,2%) e 22 diabéticos (75,9%).

Com esta intervenção não só foram atendidos usuários de forma individual, também se realizaram múltiplas atividades coletivas com uma grande participação da comunidade nos debates sobre os diferentes temas de promoção e prevenção de saúde. Também foi dada a possibilidade de participar do grupo de tabagismo para todos os usuários hipertensos e diabéticos que queriam parar de fumar, contribuindo desta forma muito positivamente na satisfação da população sobre os serviços oferecidos pela equipe. Também foram aumentadas e melhoradas as visitas domiciliares, fundamentalmente dirigidas a usuários que se acamados, idosos, deficientes ou que morassem muito longe da unidade.

A intervenção conseguiu elevar a qualidade da atenção destes usuários e melhorou o funcionamento da UBS e da equipe, consolidando as inter-relações entre os diferentes profissionais. Começou-se a aplicar tratamentos mais integrais e multiprofissionais, deixando atrás o tratamento por um profissional só e sim por uma equipe de profissionais. Com este projeto se tem em mente ampliar estas experiências até outros usuários com outras situações de saúde, aperfeiçoando mais nosso trabalho e assim continuar oferecendo uma atenção de melhor qualidade que é o nosso objetivo principal.

Finalmente gostaríamos que a comunidade continuasse participando das atividades até agora desenvolvidas. Que vocês sejam os protagonistas destas mudanças na melhora da sua saúde.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de Especialização em Saúde da Família foi uma grande oportunidade e uma experiência enriquecedora desde o ponto de vista pessoal e profissional. O curso deu a oportunidade de organizar melhor o trabalho da equipe, dando uma visão de como deve de ser aplicado corretamente um programa de atenção a uma doença ou condição específica na atenção primária em saúde.

Minhas expectativas iniciais eram muito grandes, pensava como seria o curso, a aplicação dessa intervenção ambiciosa, de como faríamos para incentivar a equipe para que todos os profissionais participassem e ajudassem a desenvolver as diferentes ações propostas. Mas ao final estive muito satisfeito com os nossos resultados, que ao final foram de todos, da equipe, dos gestores, da comunidade, pois não sinto que foi simplesmente um curso para adquirir uma qualificação se não uma experiência de trabalho diferente que otimizou a nossa prática profissional e a nossa equipe.

O uso da plataforma Moodle, foi mais uma oportunidade que contribuiu para elevar mais os meus conhecimentos neste método de ensino, pois eu já tinha alguma experiência em cursos a distância nesta modalidade. O programa do curso, não sendo totalmente perfeito, em sentido geral tem uma estrutura muito bem pensada e de fácil aquisição dos conhecimentos e habilidades que o aluno precisa obter em cada uma das etapas, por isso desde o ponto de vista didático foi uma experiência excelente para a nossa atualização técnica, acho que desde o ponto de vista pessoal o curso cumpriu as minhas expectativas iniciais.

Referências

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

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).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=394:diabetes-mellitus&Itemid=539> Acesso em 3 out.2014.

SCHMIDT, Maria Inês [et al.]. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. THE LANCET. London, p.61-74, maio. 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>> Acesso em 3 out. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista Hipertensão V.13, N.1 Jan/Mar, 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
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

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

Planilha de coleta de dados (Colunas A a F)

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

Planilha de coleta de dados (Colunas G a L)

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

Planilha de coleta de dados (Colunas M a S)

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

Eu, Jullio Rodríguez Padrón, médico com RMS 4300540/RS 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: (54)35411525

Endereço Eletrônico: saude@trindadedosul.rs.gov.br

Endereço físico da UBS: S/N Bairro São José, Trindade do Sul, RS CEP99615-000

Endereço de e-mail do orientador: -

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante