

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação da atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Diogo Lopes,
Macau/RN**

Deris Patricia Bellorin Fernández

Pelotas, 2016

Deris Patricia Bellorin Fernández

**Qualificação da atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Diogo Lopes,
Macau/RN**

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: Denise Bermudez Pereira

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

F363q Fernández, Deris Patrícia Bellorín

Qualificação da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Diogo Lopes, Macau/RN / Deris Patrícia Bellorín Fernández; Denise Bermudez Pereira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

95 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Pereira, Denise Bermudez, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Para minha mãe, vida de minha vida, meu apoio incondicional que sempre ouvi torcer por mim à distância (você consegue filha, você consegue).

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu a oportunidade de fazer presença física nesta vida, me dando forças e energia para concluir este trabalho.

Agradeço aos meus pais, pelo apoio, pelo ânimo e sua alegria. Aos meus amados mestres.

Aos usuários que formaram parte deste trabalho. Assim com a equipe da UBS/ESF Diogo Lopes.

Agradeço este trabalho a minha orientadora pela convivência diária, por seu incansável apoio e orientações, foi um anjo.

À Universidade Federal de Pelotas, pelas condições oferecidas para a realização deste curso.

E a todos aqueles que direta e indiretamente participaram na conclusão deste trabalho.

RESUMO

FERNÁNDEZ, Deris Patricia Bellorin. **Qualificação da atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou diabetes Mellitus na UBS/ESF Diogo Lopes, Macau / RN.** 2016. 93f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, 2016.

Este trabalho contempla a intervenção realizada na UBS/ESF Diogo Lopes, em Macau/RN e teve como objetivo principal a qualificação da ação programática dirigida às pessoas com hipertensão e diabetes, residentes na comunidade. Teve ainda como objetivos ampliar a cobertura, melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão ao programa, a qualidade dos registros, avaliar o risco cardiovascular e promover a saúde para estas pessoas. Realizou-se uma intervenção para ampliação da cobertura e implantação das melhorias necessárias à qualificação do programa na UBS. A referida intervenção teve a duração de doze semanas. Para que fosse possível o desenvolvimento do projeto foi necessário reestruturar o programa. Houve a capacitação da equipe de saúde, baseado no protocolo do Ministério da Saúde “Cadernos de Atenção Básica nº 36 e 37”, de 2014. Implantou-se fichas-espelho para a melhoria do registro e para viabilizar o monitoramento do programa. Foram organizadas consultas, previamente agendadas, aos usuários, onde foi possível exercer ações de qualidade conforme o preconizado pelo protocolo, realizar avaliação de risco cardiovascular, doenças crônicas e trabalhar ações educativas em cada consulta individual. Foi esclarecido aos usuários, seus familiares e a comunidade em geral sobre a importância e os motivos de realizar a avaliação e o controle dessas doenças crônicas. A adesão ao programa foi aprimorada pela captação a cada consulta médica e também pela educação em saúde. Ao término do período de intervenção, pode-se verificar como resultado para a meta de cobertura para pessoas com hipertensão 12,5%, correspondendo a um total de 76 usuários cadastrados e 28,7% dos usuários com diabetes, o que correspondeu a 43 pessoas. As ações referentes à qualidade das ações, adesão, qualidade do registro, avaliação de risco cardiovascular e promoção à saúde foram boas, no panorama geral. Dificuldade enfrentou-se na busca ativa de usuários pela falta de recursos humanos e financeiros do município, o que prejudicou esta ação. A unidade de saúde incorporou as ações desenvolvidas e o programa tornou-se rotina no trabalho da equipe, sempre buscando melhorias nos setores ainda necessitados. Além disso, este projeto proporcionou grande aprendizado para que a equipe esteja apta a planejar melhorias em outras ações programáticas deficientes na unidade.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da proporção de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	62
Figura 2	Gráfico da proporção de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	64
Figura 3	Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizadas	68
Figura 4	Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	69
Figura 5	Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.	72
Figura 6	Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	73

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADECODIL	Associação de Moradores da Comunidade Diogo Lopes
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CID	Código Internacional de Doenças
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e/ou Diabéticos
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
USG	Ultrassonografia

Sumário

Apresentação	Erro! Indicador não definido.
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	21
2.2.1 Objetivo geral	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas	23
2.3 Metodologia	25
2.3.1 Detalhamento das ações	25
2.3.2 Indicadores	42
2.3.3 Logística	49
2.3.4 Cronograma.....	54
3 Relatório da Intervenção.....	56
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	56
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	59
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	60
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	61
4 Avaliação da intervenção.....	62
4.1 Resultados.....	62
4.2 Discussão	76
5 Relatório da intervenção para gestores	79
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	83
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	86
Referências	88
Anexos	89

Apresentação

O presente trabalho acadêmico teve como objetivo a qualificação da atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Diogo Lopes, em Macau/RN. O volume está constituído de 7 capítulos, que obedecem às unidades propostas no Curso de Especialização em Saúde da Família. O primeiro capítulo é composto pelo Relatório da Análise Situacional, com uma abordagem sobre os aspectos gerais da Unidade Básica de Saúde, como estrutura física, função e composição da equipe de saúde, programas e ações desenvolvidas no serviço, materiais, insumos e medicamentos disponíveis, situação de saúde da área assistida pela UBS e do município como um todo.

O segundo capítulo engloba a Análise Estratégica, onde se insere o Projeto de Intervenção, baseado nos protocolos do Ministério da Saúde “Cadernos 36 e 37”, (2014). Traz os objetivos, as metas, os indicadores, a logística e as ações propostas pelo trabalho, finalizando com o cronograma de atividades proposto.

O terceiro capítulo apresenta o Relatório da Intervenção, abordando os aspectos previstos que foram cumpridos ou não, discorrendo ainda sobre a coleta e sistematização dos dados, e também uma análise quanto à inserção das ações desenvolvidas na realidade do serviço de saúde e sua viabilidade.

O quarto capítulo traz os Resultados da Intervenção e a Discussão dos mesmos. Os capítulos seguintes, quinto e sexto, trazem o Relatório da Intervenção aos Gestores e o Relatório à Comunidade.

O sétimo e último capítulo finaliza o trabalho com uma reflexão crítica e pessoal sobre a intervenção desenvolvida, os aprendizados mais relevantes e o ganho para a experiência profissional da especializanda.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Diogo Lopes está localizada a 35 km do município de Macau, no estado do Rio Grande do Norte, na Praia Diogo Lopes, distante acerca de 215 km da capital, Natal. Conta com uma população de 4000 habitantes, aproximadamente. O povoado recebeu esta nomeação por um português, Diogo Lopes, que permaneceu nas terras durante o século 17. A atividade econômica predominante nesta localidade é a pesca. E a religião é a Evangélica.

A UBS Diogo Lopes começou a prestar serviço à comunidade a partir do ano de 2005, em uma casa antiga alugada que constava de quatro quartos climatizados que foram usados como consultórios (médico, enfermeira, dentista, farmácia), uma sala que foi adaptada para a área de recepção sem ar condicionado e como sala de espera, além de dois banheiros (um na sala do dentista e um no final da casa para os usuários), um corredor que era a sala de vacinas, também sem ar condicionado. A casa tem duas áreas que antigamente eram a cozinha e o comedor e foram usadas para a sala de curativos e a outra área como sala de observação. Tem ainda um pátio com um poço séptico.

Disponha de um tanque de água que desde que cheguei estava da mesma cor (verde), com mofo. Ali era onde armazenavam a água para a "limpeza" dos pratos, talheres, lençóis, higiene das mãos. Totalmente insalubre. Sem água potável disponível.

Com infraestrutura não apta para acolher uma UBS, não demorou, com o passar do tempo, para sofrer deslizamento das paredes, infiltrações múltiplas, ruptura de portas, teto, janelas, etc. Em 23/03/2015 a infraestrutura não suportou mais e tivemos que sair dali para outra casa, a fim de continuar com o atendimento

aos usuários, mas esta casa também não possui condições adequadas para abrigar um serviço de saúde.

Atualmente a UBS Diogo Lopes está em um local de fácil acesso que foi emprestado temporariamente (dois meses) por uma associação chamada ADECODIL (Associação de Moradores da Comunidade Diogo Lopes). O prazo deve terminar no final do mês de maio 2015. O local da ADECODIL tem: cinco salas inadequadas para o atendimento da médica, enfermeira, dentista, administração de vacinas e farmácia. Há outra sala que está junto a cozinha que é a sala de curativos. Não há sistema de comunicação nenhum de internet, telefonia celular ou fixa, muito menos computadores.

O transporte para o médico é difícil. Tem para me levar, mas não para meu retorno. A ambulância é que me transporta de carona pelos 35 km de volta. Esta ambulância está sem equipamento básico, como oxigênio, ambú para ressuscitação, espaço para kit de pronto socorro, ar condicionado, maca confortável para usuário. A ambulância tem, frequentemente, problemas mecânicos, para dirigir só dispõe de duas marchas (1^o e 5^a). Isto representa um risco tanto para o motorista como para o pessoal que é trasladado nela.

Ainda na estrutura física: meu consultório não possui janelas, não tem ventilação, só está equipado com uma mesa, três cadeiras e uma maca e um ar condicionado estragado. Sem negatoscópio, equipe de otorrinolaringologia, balança para crianças ou pia para lavar as mãos. A iluminação, quando a eletricidade funciona, é boa. As instalações elétricas não resistem a sobrecarga de energia de quatro condicionadores de ar, mais a autoclave e, constantemente, há “apagão” de luz, tanto assim que danificou mais de 300 doses de vacinas e insulinas.

Na sala do dentista o ar condicionado tampouco funciona. Não tem dentista que fique mais de dois meses no serviço. Este ano de 2015 tivemos cinco profissionais. Se queixam do gabinete odontológico.

A sala da enfermeira é o mesmo com o ar condicionado. Aqui nesta sala há um fato absurdo: a sala de observação fica junto a ela. Quando a enfermeira esta entrevistando usuários estes não têm privacidade porque o que está em observação escuta tudo. Tampouco há pia para lavar as mãos.

A farmácia, atualmente, está com 95% dos medicamentos em falta, desde janeiro 2015. Toda medicação básica não existe na UBS. O usuário tem que

comprar quase tudo. Medicamentos de pronto-atendimento (para hipertensão, diabetes, febre, asma, celulites, queimaduras) também não dispomos para oferecer.

A sala de curativos está localizada no único canto disponível da UBS, perto da cozinha, sem ar condicionado. Equipada com uma pia, uma maca, um tensiômetro, um glicosímetro e um armário pequeno para medicamentos, quando há. A sala de vacinas possui ar condicionado, uma geladeira, uma escrivaninha, duas cadeiras e um armário. Na área da recepção temos um recepcionista que ajuda no acolhimento do usuário, da mesma forma que todos os funcionários. Perto da recepção tem um só banheiro para todos: trabalhadores e usuários.

Neste local se dispõe de água limpa. E todos fazem o possível para dar atendimento apesar das precárias condições.

Semanalmente se faz atendimento a todos os grupos etários: crianças, gestantes, puerpério, idosos, adolescentes com seus respectivos agendamentos, bem seja de consulta eletiva, urgências, emergências, referências especializadas, etc.

Os usuários desta UBS têm acesso a todas as atividades que os profissionais oferecemos com promoção e prevenção nas escolas, na mesma UBS, jornadas de vacinação, HIPERDIA, atividades esportivas, cafés da manhã, palestras, etc. Trabalhamos em conjunto com a comunidade, de maneira que eles se sintam partícipe deste processo. São receptivos e muito colaborativos, tanto o pessoal de trabalho como os usuários

Existe um Conselho Municipal de Saúde (CMS) em Macau, mas na comunidade Diogo Lopes não. Este conselho já fez uma visita há um mês na "UBS Diogo Lopes," mas não mudou nada.

A situação atual da UBS não é a melhor. Me atrevo a dizer que é das piores que tenho visto. O pessoal da secretaria de saúde do município Macau diz que faria a reformada UBS há quase dois meses, mas ainda não se movimentou. Essa é minha situação atual.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O atendimento dos usuários é uma necessidade, especialmente nas comunidades de difícil acesso como é o caso daquelas localizadas no município de Macau/RN. Macau é um município brasileiro do estado do Rio Grande do Norte, localizado na microrregião de Macau, na Mesorregião Central Potiguar e no Polo Costa Branca. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008), a população era estimada em 27.951 habitantes. Possui uma área territorial de 788 km² e está localizada a 175 km da capital do estado, Natal. O município de Macau está numa região produtora de sal marinho (uma das principais do Brasil), petróleo e de pescados, sendo um dos maiores produtores nacionais de sardinha. Macau é bastante conhecida na região por seu carnaval, o que atrai visitantes de quase todo o estado do Rio Grande do Norte

Possui 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em toda a sua área de abrangência, ligadas à Estratégia de Saúde da Família (ESF). Existe o apoio da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composta por uma psicóloga, uma fisioterapeuta, uma nutricionista, uma fonoaudióloga assim como também da atenção especializada por meio de sistema de referências, com consultas agendadas em poucas especialidades, como ginecologista, cardiologista, oftalmologista, otorrinolaringologista, gastroenterologista, pneumologista, ortopedista, reumatologista. Por exemplo está faltando a acessibilidade às consultas com pediatras, neurologista, hematologista, neurocirurgião e dermatologista.

O hospital mais próximo da UBS fica a 35 km e é nosso ponto de referência nos encaminhamentos de Urgência/Emergência com o único veículo disponível para transporte que é a ambulância. Esta é totalmente inadequada e sem equipamentos para urgências, como oxigênio. Na comunidade Diogo Lopes não temos acesso à realização de exames complementares, os usuários têm que se deslocar até Macau. Existem dificuldades no transporte destes usuários já que são pessoas muito pobres, muitos deles aproveitam o transporte com a ambulância. Mas conseguem se dirigir até o município Macau. Não temos, no município, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Nossa UBS/ESF denomina-se Diogo Lopes, e está localizada a 35 km do município de Macau/RN, na Praia Diogo Lopes, distante cerca de 215 km da capital, Natal/RN. A UBS Diogo Lopes ainda não tem uma sede própria. Na sede antiga caiu

o teto pelas péssimas condições de estrutura e tivemos que nos deslocar para outro local, uma Associação de Moradores da Comunidade Diogo Lopes, chamada ADECODIL. Esse local encontra-se localizado em zona rural e realmente é de difícil acesso, sem nenhum meio de comunicação tipo telefonia fixa ou móvel ou sinal de internet. Não temos vínculo com instituições de ensino, nem atualizações com cursos, congressos médicos, etc.

Em Diogo Lopes o pessoal da única equipe de saúde da UBS é bem unido e harmônico, mesmo com os poucos recursos que temos se trabalha em equipe, como deve ser. Somos uma equipe formada por 19 membros: uma médica, uma enfermeira, uma dentista, uma técnica de enfermagem, um auxiliar do dentista, uma enfermeira vacinadora, dois trabalhadores da higienização, uma auxiliar de farmácia, dois recepcionistas, uma diretora, quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e três motoristas da ambulância.

É importante que toda UBS disponha de uma estrutura mínima necessária para prestar cuidados à comunidade, o que não é nossa realidade. Atualmente não contamos nem sequer com um prédio próprio, condição que nos afeta grandemente para o desenvolvimento de todas as ações, em todos os grupos prioritários.

Além de não termos sede própria, temos problemas de estrutura nesse local; há somente um banheiro para todo o pessoal que chega ao serviço, seja usuário ou funcionário. A falta de pias nos consultórios é problema grave, assim como a localização da sala de curativos que fica junto a cozinha, com um alto poder de contaminação.

Isto representa uma problemática não somente para os funcionários, pelos riscos, como também para os usuários. A ADECODIL, sede provisória, tampouco conta com as condições básicas de salubridade. Foi comunicado à Secretaria de Saúde em várias ocasiões desde que cheguei na UBS, mas nunca dão uma resposta à problemática. Supostamente, desde o mês de março de 2015, a reforma iria acontecer, em um prazo de 3 meses, mas já passaram quatro meses e nada foi realizado.

Estamos prestando atendimento clínico nas salas improvisadas do local emprestado pela ADECODIL, onde dispomos do seguinte espaço: uma para a médica, sem pia nem negatoscópio, oftalmoscópio, balança para criança, entre outros; uma sala para a enfermeira, que serve ao mesmo tempo de sala de observação. A recepção da unidade de saúde tampouco é adequada, sem

identificação nem espaço ou área para os usuários com necessidades especiais, corrimãos, etc. Temos uma sala para o dentista, com pia, e esta sala é relativamente melhor que as demais. Uma sala de vacinas também sem pia, nem geladeira; atualmente as vacinas estão sendo armazenadas em caixas térmicas e transportadas, todos os dias, para uma geladeira que fica localizada a 10 minutos daqui, em outro município chamado Barreiras. Temos uma sala para o armazenamento dos medicamentos (farmácia), que é menor de dois metros quadrados, na qual, geralmente, todos os medicamentos básicos estão em falta, problema que ocasiona uma menor procura da UBS pelos usuários, e finalizando, uma sala de curativos sem ar condicionado ou janelas, muito próxima da cozinha.

Gostaria de apontar aspectos positivos da minha UBS, mas não tem; o único que posso falar é o trabalho da equipe, onde todos são muito responsáveis e unidos, com todas suas carências e dificuldades.

A maior parte dos problemas tem a ver com recursos financeiros, sendo a prefeitura juntamente com a Secretaria de Saúde os responsáveis pelo apoio na aquisição dos recursos. Eles estão a par de toda a problemática da UBS Diogo Lopes. Escapa de nossas mãos muitas coisas. Fazemos o que podemos; procuramos incentivar a população com distintas estratégias de atividades educativas, esportivas, para ajudar na prevenção das doenças. Realmente estamos necessitando de uma sede própria digna e com as condições estruturais para levar a cabo nossas funções.

Com uma nova e adequada UBS a equipe de trabalho poderia desenvolver melhor suas atribuições, mas nesta situação atual muito do cuidado fica prejudicado, já que dependemos muito de recursos financeiros; mas mesmos assim necessitamos de preparação, capacitações e atualização para oferecer melhor atendimento aos usuários. Pelo menos o acolhimento dos usuários poderia ser melhor se cada um estivesse mais capacitado. Todas estas dificuldades criam um impacto na atenção à saúde, já que muitas coisas podem ser resolvidas sem tanta burocracia, mas pelo desconhecimento e a falta de orientação da equipe, não acontece.

Para uma comunidade como Diogo Lopes, que possui 4000 habitantes, as condições para oferecer cuidados de saúde teriam que ser melhoradas, para dar atendimento a todos os grupos prioritários. A equipe é suficiente para dar conta da população, mas estamos precisando de uma nova e digna UBS. Posso fornecer

dados aproximados dos moradores, já que a informação não é totalmente confiável (estou com mais do 50% de área descoberta); sendo assim o sexo feminino, na faixa etária entre 20 a 60 anos, é predominante na comunidade de Diogo Lopes. Gostaria de oferecer mais informação neste aspecto tão importante, mas estou desprovida de uma base de dados no serviço. Quanto a estrutura, já foi apontado que encontra-se totalmente inapropriada para acolher um serviço de saúde. E as autoridades já foram e continuam sendo cobradas sobre essa questão, mas ainda não temos retorno.

Nós não temos um sistema computadorizado para o agendamento dos usuários, geralmente é demanda espontânea; os usuários que tem controles após o atendimento são agendados e registrados todos os dados nos prontuários e explicado sobre a próxima consulta. Temos um cronograma de atendimento para alguns grupos prioritários, com uma demanda de 12 usuários por turno (manhã e tarde), que chegam espontaneamente. Por exemplo: segunda-feira pela manhã e pela tarde o atendimento é para todos os grupos prioritários. Na terça-feira pela manhã fazemos visitas domiciliares e pela tarde damos atendimento a uma comunidade distante da UBS, chamada Sertãozinho. Na quarta-feira pela manhã o atendimento é para crianças e pela tarde dedicado à saúde da mulher. Quinta-feira atendimento para todos os grupos prioritários pela manhã e tarde. Para todos estes atendimentos se deixa espaço para as emergências e outros tipos de demandas. Não temos excesso de demanda; quando os usuários chegam, recebem orientações sobre o turno, dia e como agendar se for necessário, e nos casos de emergência se dá prioridade no momento.

Os usuários são acolhidos, principalmente, pelos recepcionistas, que os recebem no primeiro contato. Os técnicos de enfermagem comunicam qualquer alteração nos sinais vitais a fim de que seja priorizado os atendimentos, se necessário. E conforme a necessidade do momento, são conduzidos ao médico ou outro profissional ou são agendados.

Entrando agora nas ações programáticas que desenvolvemos, no caso das crianças de 0 a 72 meses, existe um dia específico para as consultas, que são por demanda espontânea, pois não temos um programa estruturado dirigido para este grupo prioritário. Nas consultas sempre se orienta a mãe dos cuidados, da alimentação, o aleitamento materno e tudo referente à saúde da criança. Mas ainda não temos planejado atividades educativas de prevenção e promoção em grande

escala nesta faixa etária. Assim, tampouco temos protocolo ou manual técnico na UBS para guiar nosso atendimento às crianças, sendo que a adoção deles se torna indispensável nestes momentos. Assim como uma base de dados sistematizada com acesso a internet para o registro específico e monitoramento regular das ações. Algo tão indispensável para o atendimento, como uma balança para crianças não existe no serviço. Desde que cheguei fiz a solicitação da mesma à diretora, mas tampouco há resposta, ainda no aguardo. As consultas são realizadas tanto pela médica quanto pela enfermeira. Não se realiza o teste do pezinho em nossa UBS, apenas o hospital de Macau tem o material necessário e oferece o teste de segunda a sexta-feira das 8:00 às 11:00h. Já caderneta de vacinação é sempre revisada e administra-se vacinas no serviço; o suplemento de ferro também é dado às crianças. A porcentagem de crianças menores de um ano acompanhadas na UBS depende muito da continuidade de sua mãe na comunidade; elas comparecem às atividades e consultas com regularidade. Atualmente temos 58 crianças menores de um ano, com 100% de cobertura nas consultas. Pela falta de um programa organizado e de registros específicos, não conseguimos dados para gerar indicadores de qualidade do programa, infelizmente. Os maiores de 1 ano de idade também são atendidos, mas na demanda espontânea, sem rotina estabelecida ou busca ativa.

Em nosso serviço, as gestantes recebem orientações dos cuidados pré-natais e do recém-nascido nas consultas do pré-natal e nessa mesma consulta temos apoio do NASF, que é bem completo e até agora tem sido o único grupo prioritário em que estamos trabalhando em equipe e com apoio. Faltaria implementar essa forma de trabalho nos outros grupos prioritários. Nestas atividades à gestante participam a médica, o dentista, a enfermeira, a psicóloga, a fisioterapeuta, os ACS e a diretora. E há resultado bastante produtivo para elas e todos nós, porque tem tido uma boa adesão, inclusive já trazem ao cônjuge à sua consulta. A rotina de exames é feita sempre, assim como as consultas, com dificuldades na realização de alguns exames laboratoriais, as vezes não tem os reativos, as USG muitas vezes demoram demais para serem realizadas. Não temos protocolo nenhum de pré-natal e puerpério. Fazemos uso da ficha de gestantes. Quem controla e monitora o programa das gestantes é praticamente a enfermagem.

Os agendamentos se fazem de forma manual devido a falta da base de dados sistematizada e a falta de internet; todos atendimentos registrados nos prontuários e na agenda das puérperas. Uma necessidade são os protocolos que

tem que se adotar e é importante para um controle mais organizado. A falta de ACS cria um problema com as áreas descobertas nos atendimentos, já que ficam muitos usuários desprovidos de seu direito e acontece que por ser zona de difícil acesso, tampouco chegam até a UBS. A qualidade na atenção, dentro do que podemos e com os poucos recursos que temos, considero que é boa, inclusive cada grávida tem, no mínimo, 6 controles na gravidez, pelo menos nas captadas. Como não temos a cobertura total da área, apenas 50% com ACS, não sabemos o total de gestantes, mas pelo CAP deveríamos ter 40, o que nos dá uma cobertura de 23%, já que temos 9 gestantes em acompanhamento no momento. Sobre os indicadores de qualidade temos algumas informações: 9 iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre (100%); 9 estão com consultas em dia (100%); todas tiveram solicitação dos exames de rotina na primeira consulta (100%); todas com prescrição dos suplementos (100%); todas também com exame ginecológico realizado (100%) e todas com orientação para aleitamento materno exclusivo (100%).

As puérperas geralmente são visitadas pela equipe nas primeiras semanas do puerpério, junto com os ACS; e a enfermeira é quem geralmente vai fazer a revisão. Mas no pré-natal se aconselha a assistência para sua primeira consulta após o parto. Segundo o CAP, nossa cobertura está em apenas 10%, com 6 puérperas em acompanhamento.

Outro controle importantíssimo é para a detecção e prevenção das doenças da mulher, como o câncer de colo de útero e de mama. Nestas enfermidades existe um controle na prevenção do câncer de colo de útero mais que do câncer de mama, pela avaliação feita nos questionários e pesquisa de informação na UBS Diogo Lopes, que realmente é bem difícil de obter. Para este relatório, se trabalhará com a estimativa da população gerada pelo CAP, que é de 1006 mulheres com idades entre os 25-64 anos para prevenção ao câncer de colo de útero e 301 mulheres com idades compreendidas entre 50 e 69 anos para prevenção ao câncer de mama. Estamos, atualmente, sem registro por faixas etárias dos usuários em suas distintas patologias, não temos base de dados ou ACS suficientes.

A quantidade de atendimento semanal para os preventivos de câncer de colo de útero são 5, o que faz um atendimento mensal de 20 mulheres para o exame citopatológico, não sendo assim com as mamografias. É muito menos o atendimento para a realização de mamografias, já que as mulheres, para realizarem o exame, tem que se dirigir até Natal/RN (equipamento de mamografia danificado há muito

tempo no município). A quantidade de exames/procura pela nossa população é insuficiente para atingir a cobertura ideal, sendo que pelo CAP temos apenas 2% (20 mulheres com exames em dia).

Na UBS temos um registro de controles numa agenda da enfermeira, isso para os exames citopatológicos, além dos prontuários. Registro para o controle de câncer de mama não temos, apenas é anotado no prontuário. As mulheres agendadas para o exame muitas vezes não comparecem no dia previsto. Pelo menos neste ano de 2015 foram realizados apenas 20 exames citopatológicos, de 60 que foram agendados. A minha proposta seria a adoção dos protocolos e programas do Ministério da Saúde na UBS Diogo Lopes, para dar continuidade e cumprimento às recomendações, além de saber agir e se organizar diante de determinadas circunstâncias.

Os exames citopatológicos fazemos em conjunto: a enfermeira e eu, a médica. Eles são levados até a secretaria de saúde e a partir desse momento aguardamos até dois meses para obter os resultados. Os casos suspeitos são referenciados de imediato ao ginecologista. Os ACS até agora não buscam todas as mulheres que faltam às consultas, só aquelas de sua área de abrangência porque, segundo eles, não tem como garantir o seguimento delas.

A falta de informação continua sendo uma problemática no preenchimento do CAP, em todos os grupos prioritários, por isso em todos eles se trabalhou com estimativas.

Nossos usuários crônicos com hipertensão e diabetes mellitus não estão incluídos no cronograma de atendimento de consultas específicas para estas duas perigosas patologias. O registro destes usuários encontra-se somente nos prontuários e os ACS tampouco tem uma base de dados que seja confiável, sem mencionar que estamos com mais do 50% de área descoberta pela falta de ACS na comunidade. As avaliações são feitas nas consultas médicas. Usuário captado se orienta, educa na consulta e se informa que tem que ter seguimento mensal e, dependendo do caso, varia a frequência às consultas.

Mas acontece que nem todos eles regressam à consulta seguinte, e não se tem continuidade em muitos dos casos. Outro fator é que usuários que moram distante da UBS tampouco chegam para receber atendimento. Este tipo de inconveniente muitas vezes é resolvido durante as visitas domiciliares, mas sucede que também temos problemas para realiza-las, por não contar com o transporte para

as visitas ou simplesmente não tem gasolina ou motorista ou os ACS agendam, na mesma hora, a visita domiciliar sabendo que já tem outros agendados e o usuário fica prejudicado por falta de organização de alguns ACS.

Temos um grande número de usuários hipertensos descontrolados e complicados, sem tratamento médico, que não chegam nas consultas pela problemática da falta de medicamentos, muitos deles têm o pensamento: " Para que vou ao médico senão tem medicamentos?" Acontece o mesmo com os usuários diabéticos. Tampouco temos atividades semanais para os usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes, como acontece no caso das grávidas, que se faz atendimento multidisciplinar em um mesmo dia. Na UBS Diogo Lopes são poucos os usuários acompanhados para essas patologias. Cada usuário, tanto hipertenso como diabético, que é avaliado na consulta, é incentivado à prática de atividades físicas, se oferece orientação nutricional e cada um deles se não tem avaliação pelo especialista no último ano, se faz a referência, seja para o cardiologista, nutricionista, endocrinologista, nefrologista, oftalmologista, psicólogo, cirurgião cardiovascular, dentista, etc. Tudo isto para um melhor controle e seguimento do usuário. Existem muitos usuários hipertensos não diagnosticados. Muitos deles não assistem às poucas jornadas que fazemos, quando conseguimos fazer. Eles são convidados para este tipo de atividades, mas no máximo chegam 10 pessoas. Apenas contamos com 14% dos usuários hipertensos estimados para a nossa população cobertos pelo serviço, o que corresponde a 113 pessoas acompanhadas, já que o CAP estima que há 829 pessoas com HAS. Isso mostra uma cobertura de atenção das pessoas com hipertensão controlada totalmente insuficiente.

Falta apoio da prefeitura de Macau, da Secretaria de Saúde e falta ACS para conseguir captar mais usuários para este tipo de atividades, assim como o apoio da Secretaria de Saúde para o abastecimento contínuo de medicamentos básicos para estes usuários crônicos. No caso da população de usuários diabéticos, a minha estimativa de diabéticos atendidos, segundo o CAP, também foi insuficiente para a população-alvo. Somente contamos com 18% da população de usuários diabéticos na UBS (42 usuários), e o esperado são 237 pessoas com DM no território, o que é claro que está abaixo da cobertura para a nossa área de abrangência. Tampouco temos um monitoramento das ações e das atividades de saúde ou protocolo disponível. Continua a sugestão de uma maior intervenção multidisciplinar.

Em todos os grupos prioritários deveríamos ter ações da saúde, mas isso não acontece pela falta de orientação, atualização e apoio dos responsáveis. No caso dos usuários idosos não existe tampouco um programa estruturado, nem protocolo na UBS, disponível para a equipe. Com este grupo de usuários também utilizamos a estimativa do CAP (apenas 7%, com 32 pessoas idosas com acompanhamento regular), pela falta de dados e de cadastro; apenas nos prontuários fica o registro. Sem esquecer a falta de ACS que temos, com 50% de área descoberta. Isso faz refletir, novamente, na necessidade de uma base de dados sistematizada, onde fiquem os registros.

Não temos no cronograma de atividades nem de consultas médicas um dia exclusivo para o idoso, o que nos incentiva a fazer a proposta de incluir atividades para estimular mais os usuários desta faixa etária à prática de atividades físicas e cuidado continuado. Assim como a aplicação de estratégias para superar o problema de falta de informação. Estamos aguardando há mais de um ano pela ajuda da prefeitura e da Secretaria de Saúde, mas até agora nada. Outra estratégia são os controles multidisciplinares, com os diferentes especialistas (geriatra, dentista, psicólogo, fisioterapeuta, oftalmologista, etc), de que necessitar cada um, já que sua avaliação vai depender de todas as esferas tanto cognitivas, como fisiológicas e afetivas.

Outra parte interessante neste estudo foi a falta de avaliação dos indicadores de fragilidade na velhice, as orientações de práticas esportivas, a orientação nutricional para idosos. Falta também a adoção de protocolo.

A saúde bucal na UBS é uma das ações que melhor funciona; sua sala conta, pelo menos, com uma pia, sua cadeira atualmente encontra-se funcionando, temos um dentista que está há mais de dois meses na unidade. Tínhamos um problema com a permanência deste profissional, já que não possuem estabilidade laboral. É oferecido acesso por agendamentos e por demanda espontânea, além dos espaços na agenda para as emergências. Há a oferta de 12 atendimentos diários. O dentista faz atividades em conjunto com o NASF e visitas domiciliares. Atualmente só desenvolve atendimentos para emergências, extrações e limpezas, porque conta com pouco material para alguns procedimentos. Tem seus registros nos prontuários, mas não separados por grupos ou registro específico, o que impediu o preenchimento do CAP.

Os maiores desafios nesta jornada vão ser a obtenção de uma sede própria, nova, com as condições estabelecidas pelo Ministério da Saúde, a adoção de todos os protocolos para todos os grupos prioritários, a melhora no vínculo UBS - Secretaria de Saúde - prefeitura, a inclusão de mais grupos prioritários nos cronogramas de atenção, como o das crianças, idosos, hipertensos e diabéticos. Também a realização de mais atividades com apoio multidisciplinar e mais capacitação e integração da equipe de saúde nas atividades de todos os grupos avaliados. Ao realizar os distintos questionários e tarefas, pude refletir e perceber todas as carências e necessidades da minha UBS, o que serviu de muita ajuda para a realização desta análise situacional.

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

É bom saber que por meio destes ensinamentos e trocas entre os profissionais, podemos nos ajudar no aprendizado da medicina. A diferença na redação melhorou um pouco, no contexto de ser mais construtivo e crítico, bem como o vocabulário e a ortografia. A crítica tem que existir. No caso de minha UBS a crítica é inevitável. A situação da UBS continua bastante difícil, em vista do momento político que o município vivencia, mas a minha visão agora está mais focada em melhorar meus atendimentos, já que tenho agora um olhar ampliado de como estão funcionando os programas. Precisamos de uma UBS/prédio novo e isso é imprescindível. Em nosso caso não tem jeito, não tem como continuar da forma como estamos.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Nossa intervenção será realizada na ação programática de controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) e justifica-se, principalmente, pela agressividade das complicações que estas duas patologias podem acarretar nos indivíduos acometidos, se não forem controladas. Para isso nos basearemos nos protocolos adotados, que serão os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, de números 35, 36 e 37. Atualmente, um enorme desafio para as equipes de saúde da atenção básica, é o enfrentamento das doenças crônicas. Trate-se de condição muito prevalente, multifatorial e com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, sendo que sua abordagem, para ser efetiva, precisa envolver a equipe multidisciplinar, além dos indivíduos, das famílias e da comunidade (BRASIL, 2014).

Sabemos que a HAS é um grave problema de saúde pública, tanto no Brasil e como no mundo. A prevalência em nosso país varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2014). Da mesma forma em relação a DM, onde estima-se que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este acréscimo na carga de diabetes global (BRASIL, 2013).

A UBS Diogo Lopes conta com uma população de 4000 habitantes, aproximadamente. Começou a prestar serviço à comunidade a partir do ano de 2005, em uma casa antiga alugada, sem as menores condições de atendimento à população. Sua infraestrutura era tão ruim que não suportou mais e tivemos que sair dali para outra casa, a fim de continuar com o atendimento aos usuários, mas

esta casa também não possui as condições adequadas. Atualmente a UBS Diogo Lopes está em um local de fácil acesso, mas as cinco salas do prédio ainda são inadequadas para os atendimentos. Os consultórios não possuem janelas, não tem ventilação adequada na maioria deles. Não há sistema de comunicação de internet, telefonia celular ou fixa, muito menos computadores. As instalações elétricas não são boas. A equipe está composta por 17 pessoas: uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de dentista, uma vacinadora, uma técnica de farmácia, uma recepcionista, dois encarregados da limpeza, dois motoristas, uma diretora, uma suplente da diretora e três ACS. Em relação a composição inicial, citada no RAS, temos hoje um recepcionista e um motorista a menos.

Na comunidade de Diogo Lopes nossa cobertura é totalmente insuficiente, por isso surgiu a necessidade de melhorar a qualidade de vida, o controle e o seguimento na assistência multidisciplinar para este grupo prioritário. Segundo o CAP, a estimativa foi de apenas 14% dos usuários com hipertensão atendidos (113 pessoas) e 42 pessoas com diabetes (18%). Agora, pela Planilha de Coleta de Dados, a estimativa para o trabalho na intervenção resulta em 608 pessoas com hipertensão e 150 pessoas com diabetes, dos quais pretendemos alcançar a cobertura de 30%. Acreditamos que as causas do não acompanhamento regular na UBS sejam múltiplas, tanto por parte do usuário, como da equipe e da gestão. Os usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus não estão incluídos no cronograma de atendimento de consultas. Não há agendamento ou atividade de promoção à saúde para esta parcela da população. Os ACS não têm uma base de dados que seja confiável, sem mencionar que estamos com mais do 50% de área descoberta. Os usuários que moram muito distante da UBS tampouco chegam para receber atendimento. Temos um grande número de usuários com HAS e DM descompensados e complicados, sem tratamento adequado, pela problemática constante da falta de medicamentos.

Se faz necessário melhorar nossa qualidade de atendimento, implementar o uso das fichas espelho e o monitoramento regular, para que o usuário receba atenção multidisciplinar adequada. Nossa intervenção será importante à comunidade Diogo Lopes, no sentido de que vai implementar o uso dos instrumentos, além de aumentar a cobertura e a qualidade da atenção a esse público, orientando e educando a população com ênfase nessas patologias. Acreditamos que a equipe se

integre a seus habitantes na luta para evitar as complicações. A principal limitação na intervenção será por parte dos governantes, na aquisição de recursos econômicos, físicos e humanos, pelos problemas financeiros que apresenta atualmente a prefeitura e o município. Outro problema vai ser a disponibilidade de transporte para as visitas domiciliares e a pouca quantidade de ACS. Mesmo assim, acreditamos que podemos realizar um bom trabalho

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Qualificar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Diogo Lopes, em Macau/RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1. Cadastrar 30% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 2. Cadastrar 30% de pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

Meta 3. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 5. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Meta 6. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 7. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 8. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 9. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS

Meta 10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

Meta 11. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 12. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS, conforme a periodicidade recomendada.

Meta 13. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS, conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 14. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 15. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 16. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 17. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 18. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 19. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 20. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 21. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 23. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 24. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 25. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade Básica de Saúde da Família UBS Diogo Lopes, no Município de Macau/RN. Pretende-se alcançar com a intervenção 30% de cobertura para HAS e DM, o que, em números, significa cadastrar 182 pessoas com hipertensão e 45 pessoas com diabetes.

2.3.1 Detalhamento das ações

O presente projeto foi desenhado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS/ESF Diogo Lopes, no município de Macau/RN. Farão parte da intervenção as pessoas com hipertensão e/ou diabetes que residem na área de abrangência do serviço de saúde.

Buscando alcançar as metas propostas para a intervenção, a equipe realizará ações nos quatro eixos pedagógicos do curso: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1. Cadastrar 30% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 2. Cadastrar 30% de pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Ação: Monitorar o número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS

Detalhamento: Nos três meses de intervenção (12 semanas), mensalmente, vai ser realizado o monitoramento do número de usuários cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus pela médica da UBS, com a colaboração dos ACS. O monitoramento se dará através da avaliação das fichas-espelho do programa.

Eixo de organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir o registro de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa

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

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) na UBS.

Ação: Garantir o registro das pessoas com diabetes cadastradas no Programa.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

Detalhamento: Todos os usuários com HAS e DM vão ser cadastradas no programa através da ficha-espelho (registro específico). A agenda médica será organizada para acolher o maior número de pessoas que busquem a UBS. A recepção da UBS vai procurar receber essas pessoas de forma organizada, procurando sempre agendá-las para os dias já estabelecidos de atendimento. Será solicitado à coordenadora da UBS que providencie os aparelhos para a tomada da pressão arterial, além do aparelho e insumos para a realização do hemoglicoteste.

Eixo de engajamento público:

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.

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

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

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

Detalhamento: No período da intervenção serão oferecidos esclarecimentos à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus e a importância que o mesmo tem para o acompanhamento da saúde dos usuários portadores destas patologias, bem como sobre a periodicidade recomendada entre as consultas. Também se realizará ações de promoção à saúde na comunidade (por exemplo na recepção da UBS) para informar a mesma sobre a importância de verificar a pressão arterial a partir dos 18 anos uma vez por ano, assim como da importância do rastreamento para DM em pessoas adultas com pressão arterial acima de 135/80mmHg e orientar sobre os fatores de riscos destas doenças. As informações serão proporcionadas por toda a equipe de saúde da unidade durante os atendimentos, nas atividades que serão desenvolvidas com os grupos prioritários e por meio das ACS durante as vistas domiciliares.

Eixo de qualificação da prática clínica:

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

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

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

Detalhamento: No período da intervenção, vão ser realizadas capacitações para os profissionais da equipe da UBS, dando enfoque aos ACS no tema cadastramento e atualização da população. Nas capacitações será discutida a forma adequada para a verificação da pressão arterial, incluindo o uso adequado do

aparelho assim como da realização do hemoglicoteste. Essas capacitações serão mensais durante as reuniões de equipe, sob responsabilidade da médica.

Objetivo 2- Melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 5. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Meta 6. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 7. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão.

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com diabetes.

Ação: Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na UBS.

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Ação: Monitorar o número de pessoas com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na UBS.

Ação: Monitorar o número de pessoas com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada

Detalhamento: Será realizado o monitoramento mensal dos exames clínicos, laboratoriais e também a periodicidade dos mesmos no período da intervenção em nossa UBS, sob responsabilidade da médica e colaboração dos ACS. O instrumento para realizar o monitoramento será a ficha espelho.

Eixo de organização e gestão do serviço:

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico das pessoas com hipertensão

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

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com diabetes.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.

Ação: Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés

Ação: Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

Ação: Solicitar a referência e contra referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados

Detalhamento:As capacitações da equipe serão realizadas mensalmente, sob responsabilidade da médica com o apoio da equipe, onde serão discutidos os aspectos do protocolo referente ao exame clínico e exame dos pés das pessoas com diabetes e as responsabilidades de cada um nesse sentido. O protocolo foi solicitado à secretaria de saúde e da mesma forma o monofilamento será também solicitado pela médica. A agenda médica deverá dispor de espaços para receber os usuários provenientes das buscas pelas ACS. Os usuários que necessitarem de

consultas e exames especializados terão encaminhamentos e exames solicitados. Vai ser conversado com a secretaria de saúde sobre a questão dos exames complementares.

Eixo de engajamento público:

Ação: Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares neurológicas decorrentes da hipertensão

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

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: No desenvolvimento dos três meses de intervenção, pretendemos manter informada toda a nossa comunidade mediante palestras realizadas pela equipe de profissionais da UBS no que se refere a temas importantes como doenças cardiovasculares, fatores de riscos para doenças como hipertensão e diabetes mellitus, bem como a importância da assistência periódica aos controles nos exames complementares nas duas patologias abordadas neste projeto. Essas orientações serão fornecidas na sala de espera do serviço.

Eixo de qualificação da prática clínica:

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

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

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento: Primeiramente vamos solicitar à secretaria de saúde do município de Macau que providencie as impressões dos protocolos para serem discutidos pelos membros da equipe. A médica será a responsável por conduzir as discussões em equipe.

Meta 8. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 9. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Eixo de monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Durante as consultas será revisada a prescrição do tratamento para os usuários com hipertensão e/ou diabetes e se dará preferência às opções da farmácia popular.

Eixo de organização e gestão do serviço:

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

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Detalhamento: Durante o período da intervenção será realizado o controle de estoque dos medicamentos disponíveis na UBS, observando-se as necessidades dos usuários hipertensos e diabéticos.

Eixo de engajamento público:

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

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

Detalhamento: Durante os atendimentos de rotina realizados na UBS, as pessoas da nossa comunidade serão orientadas quanto aos seus direitos de acesso a medicamentos da farmácia popular/Hiperdia. Durante as visitas domiciliares os ACS também passarão estas informações aos usuários.

Eixo de qualificação da prática clínica:

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

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

Detalhamento: No decorrer da intervenção será abordada a importância da atualização no tratamento da hipertensão e diabetes, de acordo com o estabelecido nos protocolos do Ministério da Saúde.

Meta10 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

Meta11 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Ação: Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O monitoramento do atendimento odontológico aos usuários com hipertensão e/ou diabéticos será realizado pela avaliação das fichas-espelho de saúde bucal, revisadas mensalmente pela dentista com apoio da equipe.

Eixo de organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: A colega dentista deverá organizar sua agenda para acolher, na medida do possível, os usuários com hipertensão e diabetes nas consultas programáticas.

Eixo de engajamento público:

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

Detalhamento: Procurar-se-á orientar a comunidade sobre as questões de saúde bucal, principalmente em conversas em sala de espera. Esses esclarecimentos também poderão ser prestados por toda a equipe de saúde do serviço durante os atendimentos diários e por meio das ACS ao visitarem as famílias.

Eixo de qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: Durante a intervenção a dentista deverá capacitar os demais colegas de equipe para avaliar a necessidade de atendimento. Essas capacitações serão feitas durante as reuniões de equipe.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa

Meta12. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 13 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Eixo de monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela avaliação das fichas-espelho, sob responsabilidade da médica, mensalmente.

Eixo de organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Ação: Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão provenientes das buscas domiciliares

Ação: Organizar a agenda para acolher as pessoas com diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Procurar-se-á, durante a intervenção, buscar os faltosos ao programa por meio de visitas domiciliares. A agenda médica será organizada para acolher as pessoas com hipertensão e/ou diabetes provenientes das buscas. Será feito contato com a gestão, pois há necessidade de carro para o deslocamento, o que nem sempre é possível.

Eixo de engajamento público:

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

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Ação: Esclarecer as pessoas com hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Ação: Esclarecer as pessoas com diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Os moradores da comunidade serão orientados, bem como as pessoas com hipertensão e/ou diabetes, sobre a importância das consultas e sobre a periodicidade das mesmas. Pretende-se ouvir a comunidade no momento das consultas e em conversas em sala de espera. Esses diálogos poderão ser conduzidos por qualquer colega de equipe e por meio das ACS ao visitarem as famílias.

Eixo de qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Os ACS receberão capacitação no momento da reunião de equipe, sob responsabilidade da médica. A realização das consultas e a periodicidade recomendada farão parte dos temas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 14. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 15. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão acompanhadas na UBS.

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com diabetes acompanhadas na UBS.

Detalhamento: Durante as 12 semanas de intervenção serão monitorados pelo médico os registros de pessoas hipertensas e diabéticas, mensalmente.

Eixo de organização e gestão do serviço:

Ação: Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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: Durante a intervenção o SIAB/e-SUS será preenchido pelos ACS. O médico será o responsável pelo monitoramento dos registros das informações. Serão disponibilizadas na unidade as fichas de acompanhamento/fichas espelho para o registro das informações, que serão solicitadas à secretaria de saúde. As fichas espelho de pessoas com atraso serão grifadas em colorido, para alertar os colegas de equipe.

Eixo de engajamento público:

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário.

Ação: Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário.

Detalhamento: Haverão esclarecimentos aos usuários e à comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, caso seja necessário. Essas informações serão ofertadas por toda a equipe.

Eixo de qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas hipertensas

Ação: Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas diabéticas.

Detalhamento: Haverá capacitação da equipe para o preenchimento de todos os registros para o acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, bem como para o registro dos procedimentos, a ser realizado pela médica, durante reuniões de equipe.

Objetivo 5- Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 16. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 17. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Ação: Monitorar o número de pessoas com diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela médica, pela avaliação das fichas espelho do programa, fazendo o uso do escore de Framingham.

Eixo de organização e gestão do serviço:

Ação: Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão avaliadas como de alto risco.

Ação: Priorizar o atendimento das pessoas com diabetes avaliadas como de alto risco.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento destas demandas.

Detalhamento: Será priorizado e organizado o atendimento dos usuários com ambas as doenças bem como a agenda médica, de forma manual, principalmente, por que não temos no serviço computador nem internet.

Eixo de engajamento público:

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

Ação: Esclarecer as pessoas com diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Ação: Esclarecer as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Na orientação aos usuários hipertensos e diabéticos, referente ao nível de risco, a alimentação, o tabagismo, sedentarismo, etc, será de muita utilidade a assessoria quinzenal da equipe do NASF (Enfermeira, Fisioterapeuta, Nutricionista e Psicóloga), para reforço das orientações.

Eixo de qualificação da prática clínica:

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

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

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

Detalhamento: A capacitação da equipe para a estratificação do risco segundo escore de Framingham, assim como das lesões em órgãos alvos, serão realizadas pela médica, na UBS, no espaço das reuniões de equipe.

Objetivo 6 - Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 18. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 19. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional às pessoas com hipertensão.

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional às pessoas com diabetes.

Detalhamento: Para fazer o monitoramento das orientações nutricionais vai ser revisada a ficha espelho do programa, mensalmente. Essa ação será de responsabilidade da médica, com ajuda da equipe.

Eixo de organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

Detalhamento: Para organizar e desenvolver todas as atividades educativas durante a intervenção, esperamos contar com o apoio da equipe do NASF, que possui vários profissionais, entre eles uma nutricionista. A alimentação saudável deverá ser tema para discussão com os usuários.

Eixo de engajamento público:

Ação: Orientar pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Ação: Orientar pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

Detalhamento: Além das orientações que serão prestadas pela nutricionista do NASF, todos os colegas de equipe poderão orientar os usuários, durante os atendimentos, sobre a alimentação saudável, principalmente nas discussões em sala de espera.

Eixo de qualificação da prática clínica:

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

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

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes.

Detalhamento: A médica da UBS, com apoio dos colegas do NASF, vai promover capacitações sobre alimentação saudável, aproveitando os espaços da reunião de equipe.

Meta 20. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 21. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com diabetes

Detalhamento: O monitoramento das orientações em relação às atividades físicas se dará pela avaliação da ficha espelho, mensalmente, pela médica com apoio da equipe.

Eixo de organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

Detalhamento: Nas reuniões de equipe vai ser discutido o papel da atividade física na saúde dos usuários e como cada colega, em seus atendimentos diários, pode contribuir. O fisioterapeuta do NASF poderá contribuir nestas atividades. Vai ser levado ao gestor a importância de ter o educador físico na equipe de saúde.

Eixo de engajamento público:

Ação: Orientar pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão.

Ação: Orientar pessoas com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento do diabetes.

Detalhamento: Durante os atendimentos diários, atividades em sala de espera ou visitas domiciliares da equipe, a importância da prática de atividade física regular no controle de ambas as patologias será abordada. Todos os colegas de equipe devem se envolver nesta ação.

Eixo de qualificação da prática clínica:

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

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

Detalhamento: Todos os colegas de equipe serão capacitados sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde em reunião de equipe, sob coordenação da médica com apoio dos colegas do NASF.

Meta 22 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 23 -. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com hipertensão.

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com diabetes.

Detalhamento: As orientações serão monitoradas mensalmente, pela médica da UBS, através do registro das informações na ficha espelho do programa.

Eixo de organização e gestão do serviço:

Ação: Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Detalhamento: Será sugerido ao gestor, quando houver oportunidade, a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

Eixo de engajamento público:

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Ação: Orientar as pessoas com diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Durante as consultas, atividades em sala de espera ou visitas domiciliares aos usuários diabéticos e/ou hipertensos, a equipe vai informar as possibilidades existentes para abandono do vício.

Eixo de qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.

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

Detalhamento: A médica da UBS, em conjunto com a psicóloga do NASF, vai capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas assim como em metodologias de educação em saúde.

Meta 24. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 25 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão.

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com diabetes.

Detalhamento: O monitoramento será mensalmente, pela colega dentista, com o apoio da médica, através do registro das informações na ficha espelho, onde espaço será criado para colocar informações sobre saúde bucal.

Eixo de organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Vai ser conversado com a dentista de forma que organize sua agenda a fim de garantir as orientações individuais aos usuários.

Eixo de engajamento público:

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Ação: Orientar as pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Durante os atendimentos diários da equipe, nas visitas domiciliares dos ACS e nas conversas em sala de espera, os usuários/comunidade receberão orientações sobre os cuidados com sua saúde bucal.

Eixo de qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Durante as reuniões de equipe todos os profissionais da UBS serão capacitados sobre higiene bucal, para orientar os usuários. A dentista será a responsável por esta capacitação.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas

Meta 1. Cadastrar 30% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 2. Cadastrar 30% de pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador2: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

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

Meta 3. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 3: Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 4. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador4: Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 5. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 5: Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 6: Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 7. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 7: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 8. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

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

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 9. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS

Indicador 9: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 11. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

Indicador 11: Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 12. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 12: Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 13. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 13: Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 14. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 15. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 15: Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 16. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 16: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e às pessoas com diabetes Mellitus.

Meta 17. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 17: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Objetivo 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 18. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 18: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 19. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 19: Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre nutricional.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 20. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 21. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 21: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 23. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 23: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus

Meta 24. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 24: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 25. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 25: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.3.3 Logística

Para viabilizar a intervenção junto ao Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS vão ser adotados os seguintes protocolos/cadernos do Ministério da Saúde: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (2014), Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (2013) e Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (2014).

Utilizaremos os prontuários dos usuários para registrar os dados dos atendimentos. Ainda, para coletar todos os indicadores necessários para o monitoramento da intervenção, será adotada a ficha espelho (registro específico) sugerida pela especialização da UFPel (Anexo C). Estimamos alcançar com a intervenção uma cobertura de 30% de cadastros/acompanhamentos de usuários hipertensos (182 pessoas) e também 30% de usuários diabéticos (45 pessoas); acrescentamos que estas são estimativas da PCD da UFPel (Anexo B). Será necessário apanhar, junto à gestão, inicialmente, 230 fichas espelho, para que não falte. Faremos contato com a Secretaria Municipal de Saúde para garantir o número adequado de fichas para a intervenção e para a manutenção do programa, mesmo após o término da intervenção. E para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados sugerida pelo curso, que será alimentada semanalmente com os dados extraídos das fichas espelho.

A ficha espelho do programa não prevê o atendimento de saúde bucal aos usuários. Assim, a médica especializanda e a dentista da UBS vão elaborar um pequeno espaço, na ficha, para registrar esses atendimentos.

Abordando o registro específico, este será preenchido no momento em que os usuários diabéticos e/ou hipertensos comparecerem às consultas. As fichas espelho serão preenchidas pela médica. No momento do preenchimento de tal ficha já vai se iniciar o monitoramento, anexando uma anotação/sistema de alerta em colorido para salientar exames em atraso, orientações, fatores de risco, etc. Ao término de cada semana, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica de coleta de dados, pela médica.

Todas as fichas espelho do programa serão acomodadas em arquivo específico, em separado do prontuário, para facilitar o acesso de toda a equipe de saúde da UBS e NASF e também para ajudar no monitoramento regular. As ações que necessitam monitoramento regular serão de responsabilidade da médica especializanda, que vai contar com o apoio da enfermeira e dos ACS e se dará com uma periodicidade semanal. Os materiais e equipamentos necessários, assim como seus reparos, serão monitorados pela médica e a enfermeira e pediremos o apoio da diretora da UBS para providenciar o que esteja faltando para a realização do projeto.

Para as ações que pertencem ao eixo de organização e gestão do serviço, vamos precisar organizar alguns materiais e instrumentos, os quais já possuímos no serviço, como: tensiômetros, hemoglicotestes, uma agenda para realizar o agendamento das consultas, um caderno para o registro das visitas domiciliares, balança adulto.

Os usuários captados para o programa, portadores de HAS e/ou DM, terão prioridade no agendamento e aqueles com fatores de risco cardiovascular terão prioridade no atendimento. A idéia é oferecer agendamentos semanais, com vagas para encaixar os de alto risco que procurarem a UBS, no mesmo dia.

A recepcionista já treinada fará o primeiro atendimento, tanto dos usuários hipertensos como diabéticos. O acolhimento, bem como a consulta, será realizado pela enfermeira e pela médica especializanda, com o devido preenchimento das fichas espelhos, sendo completadas no retorno com os exames. Os responsáveis pelo atendimento clínico dos usuários serão a médica e a enfermeira. O atendimento acontecerá por escala programática: nas segundas, quartas e quintas-feiras.

Serão detectados os usuários faltosos, que serão visitados pelos ACS, semanalmente, e ao fazer a busca, já se agendará o mesmo para uma consulta. É pertinente salientar que estamos com apenas três ACS ativos para 4000 habitantes da comunidade Diogo Lopes. Esses ACS são diligentes, o único inconveniente será a disponibilidade de motorista e de veículo no dia das visitas, por parte da secretaria de saúde, pois nem sempre está disponível e necessitamos deles pelas grandes distâncias. Buscarei diálogo com a gestão sobre essa questão.

Buscando cumprir as ações referentes ao eixo de engajamento público, a médica e a enfermeira da equipe farão contato com os representantes da ADECODIL, para solicitar apoio e divulgação do programa. No período da intervenção serão oferecidos esclarecimentos à comunidade sobre a existência do

Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus e a importância que o mesmo tem para o acompanhamento da saúde dos usuários portadores destas patologias, assim como será explicada a periodicidade recomendada entre as consultas.

Como a UBS está com sede provisória na ADECODIL, que é a associação de moradores da comunidade, já vamos concentrar nossas ações educativas num só local, que será a mesma sala de espera da recepção da UBS, para aproveitar a concentração de pessoas e informar à população diabética e/ou hipertensa e comunidade em geral sobre a importância de verificar a pressão arterial a partir dos 18 anos uma vez por ano, assim como da importância do rastreamento para DM, além de orientar sobre os fatores de riscos destas doenças.

A cada 15 dias será organizado, na sala de espera, um encontro de promoção à saúde, abordando os principais aspectos da HAS e DM, como diagnóstico, tratamento disponível, alimentação saudável, prática de atividade física, tabagismo, saúde bucal, etc. Todos os colegas devem se envolver nestas ações quinzenais, onde contaremos com o apoio da equipe do NASF.

A nutricionista do NASF vai organizar um lanche saudável aos usuários, já oferecendo orientações sobre alimentação adequada. As práticas esportivas também serão estimuladas durante cada palestra quinzenal, com uma pequena rotina de exercícios segundo o grupo etário e respeitando-se as condições de cada um. Na mesma UUB ou fora dela, com o apoio da fisioterapeuta do NASF. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) se encarregará do tema prático e informativo referente ao tabagismo.

As informações serão fornecidas por toda a equipe de saúde da UBS durante os atendimentos, nas atividades que serão desenvolvidas em sala de espera e por meio das ACS durante suas visitas domiciliares.

Vamos necessitar de materiais educativos, que serão fornecidos/trazidos, a princípio, pelos próprios profissionais da UBS. Quero destacar que, atualmente, a Secretaria de Saúde do município está com grandes dívidas e dificuldades, o que pode dificultar o fornecimento de materiais, impressões, etc. Material de trabalho básico, como o CID (Classificação Internacional de Doenças), um guia farmacológico, rede telefônica e de internet estamos solicitando há mais de um ano, sem retorno.

Seria muito bom o apoio da Secretaria Municipal de Saúde com um retroprojetor, já que os profissionais podem levar o notebook; só faltaria esse equipamento e outro meio informativo, tipo panfletos, que informem a importância das consultas médicas em usuários com HAS e/ou DM, periodicidade de consultas e controle, de acordo com os protocolos.

Para o eixo de qualificação da prática clínica, haverá capacitação da equipe, abordando os principais itens dos protocolos adotados, desde o cadastro da população, verificação da pressão arterial de forma adequada, incluindo o uso correto do aparelho, assim como da realização do hemoglicoteste. Estas capacitações serão realizadas pela médica no período inicial da intervenção, especialmente para os ACS, enfermeira e recepcionista. A equipe vai precisar de projetor e notebook. A ajuda vai ser solicitada à Secretaria de Saúde do município.

Outro aspecto é a disponibilidade dos protocolos impressos à equipe de saúde, que já foram solicitados à gestão, para estarem disponíveis para consulta e também para servirem de guia às capacitações mensais que se deseja realizar, sob responsabilidade da médica com apoio dos demais colegas. Essas capacitações serão realizadas no momento de reunião mensal de equipe.

Na parte nutricional, a nutricionista será responsável pela capacitação, assim como a fisioterapeuta vai colaborar na orientação da prática de exercícios físicos.

3 Relatório da Intervenção

Finalizando as doze semanas de intervenção na ação programática com ênfase na qualificação da atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Diogo Lopes, em Macau/RN, apresenta-se o relatório da presente intervenção.

A mesma ocorreu no período de novembro 2015 a fevereiro 2016 e teve como principal objetivo qualificar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus residentes na comunidade Diogo Lopes, em Macau/RN. Todas as ações foram orientadas pelos Protocolos do Ministério da Saúde. Salienta-se que as ações desenvolvidas no período foram baseadas nos quatro eixos pedagógicos do curso: qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, engajamento público e monitoramento e avaliação.

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

Previamente ao início da intervenção, não ocorreram as ações de capacitação da equipe da unidade de saúde para o acolhimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes da comunidade, por não contar com os protocolos a disposição. Logo depois estes foram fornecidos e conseguimos realizar tais capacitações. A capacitação dos ACS para o cadastramento dos usuários tampouco aconteceu no momento previsto, já que estes estiveram um tempo afastados por problemas gerenciais da Secretaria de Saúde, troca de gestor e da secretária de saúde em três ocasiões durante o ano. Salienta-se também que até a semana sete havia apenas três ACS para uma área de 4000 habitantes e somente a partir da semana oito a Secretaria de Saúde disponibilizou mais dois ACS.

No período da intervenção houve a disponibilidade de poucos recursos por parte da Secretaria de Saúde, por exemplo o carro e o motorista para as visitas domiciliares, que disponibilizaram quando estávamos já na semana oito da intervenção. Na segunda semana ofereceram 100 cópias para as fichas espelho, o que possibilitou a implantação do registro específico do programa na UBS.

Os materiais foram ofertados em quantidade e qualidade suficientes para atender a demanda, já que a captação de usuários foi menor do que o previsto. A divulgação da intervenção que acontecia na UBS e sua importância foi realizada em conversas na sala de espera e foi-se aproveitando, em cada consulta médica, as oportunidades para divulgar a importância da prevenção e controle da HAS e DM, seus fatores de risco e o valor do diagnóstico precoce e acompanhamento regular.

Todos os usuários cadastrados na intervenção receberam as devidas orientações, a cada consulta médica. Os atendimentos foram agendados para dar um melhor atendimento aos usuários. Os ACS sempre estiveram dispostos a desenvolver a busca ativa dos usuários, mas geralmente faltava o veículo, o motorista ou estavam afastados pelos problemas antes mencionados. As informações e o andamento do processo foram discutidos em reunião de equipe em apenas uma ocasião, durante as 12 semanas da intervenção, principalmente pela rotatividade de trabalhadores na UBS. Os atendimentos clínicos mediante agendamento de consultas aconteceram semanalmente, pela médica especializanda.

Em relação às ações de monitoramento do programa das pessoas hipertensas e/ou diabéticas, estas foram realizadas cuidadosamente durante as 12 semanas. As fichas espelho (registro específico) foram analisadas apenas pela médica especializanda, pois trocamos mais de três vezes de enfermeiro no período da intervenção. As fichas espelho, previamente separadas pela médica, foram arquivadas em local de fácil acesso a todos os profissionais.

O cadastramento dos usuários com HAS e/ou DM da área adstrita no programa foi realizado pela médica, a cada semana. Nas doze semanas se alcançou cadastrar 76 pessoas com HAS no programa e 43 pessoas com DM.

Não foi possível atingir a meta de cobertura proposta, de 30% para pessoas com HAS e DM. Mas para HAS alcançamos 12,5% e para DM 28,7%, o que ficou bem próximo da meta. E dadas as circunstâncias da localidade e a realidade do município, não pude estabelecer metas mais altas. As metas de qualidade foram atingidas, com exceção dos exames complementares, que nenhum usuário conseguiu entregar até o término do período, devido ao problema de laboratório no município; a maioria deles não conseguiu marcar seus exames, o que se constitui em um grave problema no município.

A capacitação dos profissionais da equipe sobre o protocolo aconteceu em apenas uma ocasião durante a intervenção, principalmente porque não conseguimos reunir a equipe toda com esse propósito. Tivemos que fazer a discussão mesmo com a equipe incompleta. Nessa discussão, da forma que foi possível, estabeleceu-se o papel de cada colega de equipe na intervenção.

A capacitação para o cadastro da população, verificação adequada da pressão arterial, uso correto do aparelho assim como da realização do hemoglicoteste eu mesma realizei, orientando a técnica de enfermagem e os recepcionistas, que muitas vezes ajudavam na aferição do peso e estatura dos usuários.

A capacitação de ACS para busca ativa de hipertensos e/ou diabéticos faltosos nas consultas, que também era para ser realizada na primeira semana, tampouco conseguimos pela falta de ACS nessa semana, lembrando que se encontravam afastados pelos motivos antes mencionados. A referida capacitação ocorreu, mas tardiamente ao planejado.

Planejou-se a orientação à comunidade por meio palestras coletivas sobre a doença cardiovascular e neurológica decorrentes da HAS e DM, seus fatores de riscos, a importância da assistência periódica aos controles nos

exames complementares; a periodicidade seria quinzenal e esperava-se o apoio da equipe. Neste aspecto não consegui apoio nenhum para as ações educativas coletivas, por isso optei por fornecer a orientação oportuna de forma individual, durante cada consulta que realizava.

As visitas domiciliares aos diabéticos e/ou hipertensos faltosos apenas conseguimos realizar na oitava semana da intervenção. Os motivos foram a falta do veículo para as visitas, ausência de motoristas algumas vezes, outras vezes a própria falta de ACS.

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

Entre as ações que estavam previstas e não foram desenvolvidas nas 12 semanas da intervenção, destaca-se a capacitação dos ACS para busca ativa de hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas, o que não foi possível realizar pela falta constante de ACS nessas semanas, já que grande parte se encontrava afastado. Esta foi uma dificuldade enorme encontrada na intervenção: a falta desse profissional importante na equipe.

A busca ativa de pessoas hipertensas e/ou diabéticas faltosas nos exames complementares e periodicidade nas consultas, que era para realizar-se semanalmente, tampouco foi possível. Muitas dificuldades estão presentes na UBS Diogo Lopes, mas mesmo assim grande parte dos usuários retornou para os próximos controles; muitos deles eram captados nas consultas e moravam em áreas sem cobertura de ACS. Existe um grave problema na marcação de exames complementares, diagnósticos por imagem e consultas especializadas no município, o que impede o acompanhamento ideal dos usuários. Exames demoram meses para serem marcados.

O contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática, solicitando apoio para a captação de usuários e para as demais estratégias que seriam implementadas também não foi possível. O município atravessa grave crise, está sem recursos econômicos e humanos, o que impediu o deslocamento pela comunidade.

Pela falta de veículo para deslocamento da equipe do NASF, estes colegas não participaram da intervenção, infelizmente. Solicitou-se à gestão agilizar o transporte para a equipe, a fim de contribuírem nos cuidados aos usuários da intervenção, o que não foi disponibilizado.

Outra dificuldade para mim foi o tempo que demorava a consulta com cada usuário captado, já que na mesma tinha que lhe explicar e orientar no aspecto nutricional, da importância na assistência às consultas, a regularidade nos controles, a prática de atividade física, os riscos do tabagismo, a saúde bucal, o tratamento de sua patologia. Enfim, isso fez com que diminuísse um pouco o número de atendimentos por turno, a fim de dar orientações adequadas. Se houvesse o apoio de outros colegas de equipe e disponibilidade de recursos humanos, teria sido maior o número de atendimentos ao público alvo.

Um aspecto que impactou severamente na intervenção foi o fechamento da UBS, em várias ocasiões, por problemas com o abastecimento da água. Diogo Lopes é um distrito que sofre pela falta de água. Além disso houve problemas com a energia elétrica, o que também deixou a UBS de portas fechadas algumas vezes, sem poder prestar atendimento à comunidade.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Com certeza, no período compreendido entre essas 12 semanas, apareceram algumas dificuldades que foram superadas. O preenchimento mensal da planilha de coleta de dados, em algumas ocasiões, tornou-se difícil. E ter que preencher novamente, tudo a cada mês que finalizava, atrapalhava sem necessidade.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Acredito na continuidade da intervenção no cotidiano do serviço da UBS Diogo Lopes. Apesar de todas as dificuldades, houve a adesão ao programa relacionado a saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Certamente, há muitos aspectos que precisam ser revistos; a gestão precisa olhar mais para essa comunidade, investindo em recursos humanos e materiais. Uma equipe mínima, com condições de trabalho, poderá dar andamento às ações que começaram com a intervenção.

Observo que vem faltando apoio dos entes governamentais e da secretaria de saúde para recursos financeiros e humanos. No ano de 2015 houve três trocas de prefeito. Há muitas dívidas com os fornecedores de medicamentos. Os usuários ficam reclamando pela escassez de medicamentos na farmácia. Isso afasta os usuários do serviço de saúde, diminui a adesão às ações programáticas de forma geral.

Precisamos de condições de trabalho em Diogo Lopes, de infraestrutura mínima. Queremos muito dar continuidade às ações da intervenção, mas gostaria de apontar que sem equipe isso é impossível. Finalizo contando que agora os profissionais vão ficar sem transporte da secretaria de saúde de Macau até a UBS. Agora teremos que procurar, nós mesmos, os meios para nos deslocarmos 40 km para chegar até a UBS.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A seguir, apresentamos os resultados que derivam da intervenção realizada na UBS/ESF Diogo Lopes, em Macau/RN, ocorrida entre os meses de novembro de 2015 a fevereiro de 2016. A referida intervenção foi voltada para a qualificação da atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus residentes na comunidade Diogo Lopes.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1: Cadastrar 30% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

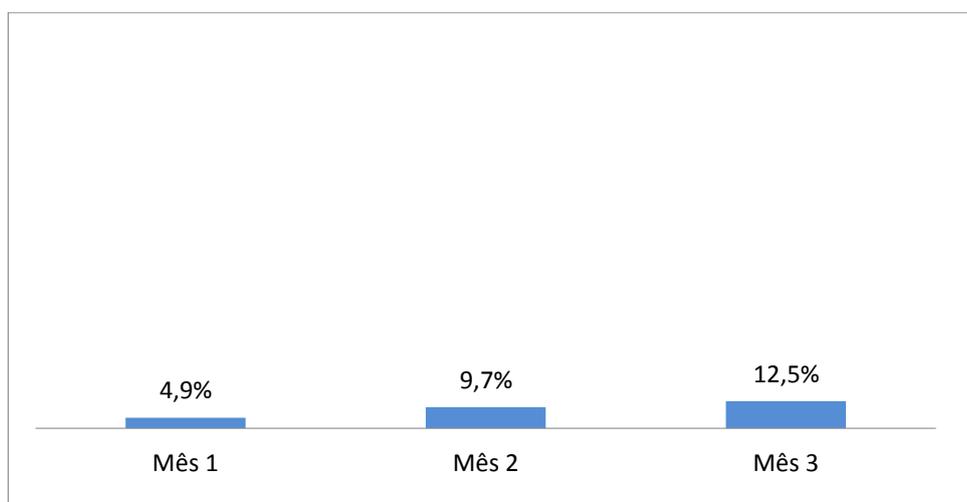


Figura 01 –Gráfico da proporção de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2016.

No período compreendido da intervenção, as 12 semanas, procuramos melhorar a atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da UBS Diogo Lopes. Pela falta de dados disponíveis, se utilizou a estimativa de pessoas hipertensas com 20 anos ou mais da planilha de coleta de dados, o que foi o equivalente a 608 usuários.

Antes da intervenção tínhamos cadastradas poucas pessoas hipertensas da área de abrangência, todas totalmente descontroladas e sem registros adequados. Ao final da intervenção conseguimos o cadastramento de 76 pessoas com hipertensão. Não foi possível atingir a meta de cobertura proposta, de alcançar 30% para as pessoas com HAS. Alcançamos apenas 12,5% (Figura 1).

O atendimento de nossos usuários foi garantido com a melhor qualidade dentro da nossa realidade, com seus atendimentos agendados e priorizando-se aqueles com fatores de risco.

No primeiro mês 30 pessoas (4,9%) foram incorporadas na intervenção, de forma organizada nos cadastros das fichas espelho e planilha de coleta de dados, como havia sido estabelecido. No segundo mês tivemos uma maior captação de usuários hipertensos na UBS, conseguindo um total de 59 usuários (9,7%) das pessoas cadastradas. E chegando ao o terceiro mês houve um aumento da cobertura, onde atingimos 12,5%, que foi o equivalente ao total 76 pessoas cadastradas no período descrito.

A troca constante de colegas de equipe, a falta de ACS, a mínima estrutura na comunidade Diogo Lopes (com faltas constantes no abastecimento de energia e água), contribuíram para não atingirmos a meta estipulada anteriormente.

Meta 2. Cadastrar 30% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 2: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

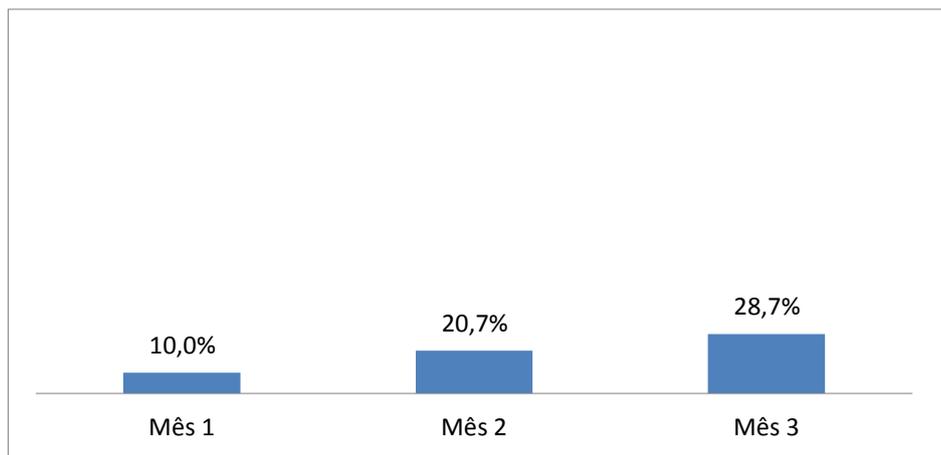


Figura 02 –Gráfico da proporção de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2016.

Nos três meses de intervenção procuramos, de forma organizada, dar uma melhor atenção à saúde das pessoas diabéticas da área de abrangência da UBS Diogo Lopes.

Pela falta de dados, se utilizou a estimativa de pessoas com diabetes com 20 anos ou mais da planilha de coleta de dados, que apontou 150 usuários. Assim como para a HAS, antes da intervenção não possuíamos cadastros completos ou atualizados. Ao final da intervenção conseguimos o cadastramento de 43 pessoas com diabetes. Não foi possível atingir a meta de cobertura proposta, do 30% para as pessoas com DM, mas alcançamos 28,7% (Figura 02). Não foi possível atingir melhores resultados para os usuários diabéticos tomando em conta todas as dificuldades que se apresentaram na intervenção. O atendimento de nossos usuários foi garantido com a melhor qualidade, agendamentos e seguimento em todo o período da intervenção, levando em considerações nossas dificuldades, como falta de veículos para as visitas domiciliares e busca de faltosos, trocas de colegas de equipe e carência de ACS em número suficiente para dar cobertura à área de abrangência.

No primeiro mês 15 pessoas (10%) foram incorporadas na intervenção, de forma organizada nos cadastros das fichas espelho e planilha de coleta de dados. No segundo mês tivemos uma maior captação de usuários diabéticos na UBS, conseguindo um total de 31 usuários, correspondendo a 20,7% das pessoas cadastradas. Já para o terceiro mês houve um aumento da cobertura para 28,7%, que foi o equivalente ao total 43 pessoas com diabetes.

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

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 3: Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

Tomando em conta a proporção de pessoas com hipertensão com exame clínico em dia, todos os 76 usuários cadastrados ao término do período tinham exame clínico em dia de acordo com o protocolo, o que corresponde a 100%. No primeiro mês, 30 usuários (100%) tiveram seu exame clínico atualizado, no segundo mês 59 (100%) e no terceiro finalizamos com 76 usuários com exame em dia, também 100%.

A meta de realizar o exame clínico apropriado em 100% dos usuários hipertensos foi atingida, principalmente pela adequada avaliação do profissional médico ao usuário e também pelos registros médicos que foram incorporando-se à rotina do serviço. Hoje temos um arquivo específico para o armazenamento das fichas espelho de cada usuário do programa, na qual se faz seguimento respeitando sempre a ordem dos tópicos a avaliar. Ela é ferramenta fundamental para o controle dos usuários. Fica registrado o Índice de Massa Corporal (IMC), exames complementares realizados, datas, medicação, risco cardiovascular, etc.

Meta 4. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 4: Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

Quanto aos usuários diabéticos, dos 43 usuários acompanhados todos (100%) apresentaram exame clínico adequado incluindo avaliação da sensibilidade dos pés. No primeiro mês 15 (100%) tiveram seu exame clínico, no segundo mês 31 (100%) e no terceiro mês 43, ou seja, 100%, atingindo a meta proposta.

A meta de realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes foi atingida graças ao esforço da especializanda, com apoio de alguns colegas da UBS, que auxiliaram na pesagem, tomada de pressão arterial, medição de altura e aos registros na ficha espelho. Atualmente, contamos com arquivo específico para o armazenamento das fichas espelho que contém a informação necessária para o controle dos usuários.

Meta 5. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 5: Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Iniciando o primeiro mês da intervenção, foram realizados exames dos pés para 15 pessoas com diabetes, o que correspondeu a 100% da realização desse exame. Já no segundo mês foram realizados exames dos pés para 31 pessoas, o que correspondeu a 100% e no terceiro mês 100% das pessoas com diabetes tiveram seus pés examinados (43 pessoas).

Esta meta foi atingida pois a cada consulta agendada os usuários com diabetes tinham seus pés examinados, e a importância de tal exame era explicada, para que tomassem para si o mesmo hábito. O registro adequado na ficha espelho facilitou a verificação deste exame nos usuários cadastrados.

Meta 6. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 6: Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Referente à proporção de usuários com hipertensão com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, não tivemos, infelizmente, êxito.

No primeiro mês, nenhum dos 30 usuários cadastrados conseguiu realizar seus exames devidamente solicitados conforme protocolo adotado. O mesmo se repetiu no segundo e terceiro mês, respectivamente, onde nenhum dos 59 e 76 usuários com hipertensão conseguiu realizar seus exames.

Nossos usuários ao serem atendidos na UBS Diogo Lopes pela médica especializanda recebiam todas as devidas orientações e requisições de exames complementares. Porém, a marcação dos mesmos demora muito, e infelizmente não conseguiam marcar. Outro motivo foi a falta de reativos para os exames, conforme resposta que obtive do laboratório. Além disso, muitos usuários não possuíam recursos financeiros para se deslocar até o laboratório.

A meta não foi atingida. Finalizamos o terceiro mês da intervenção com uma proporção de 0% e não temos, ainda, solução encaminhada para o problema do laboratório.

Meta7:Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 7: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Da mesma forma como explicitado acima, não conseguimos que nenhum usuário com diabetes, cadastrado na intervenção, realizasse seus exames no período de 12 semanas.

No primeiro mês,nenhum dos 15 usuários com diabetes realizou exames complementares (0%); da mesma forma no segundo e terceiro mês da intervenção, sendo que os 31 e 43 usuários cadastrados finalizaram o período sem conseguir agendar seus exames.

Nossos usuários com diabetes, assim como os hipertensos, atendidos na UBS Diogo Lopes, recebiam todas as orientações e requisições de exames complementares para um controle adequado. Mas a marcação dos mesmos demorava muito e,infelizmente,não foi possível marcar.Os motivos lamentáveis foram os mesmos: a falta de reativos para os exames, além disso as condições financeiras dos usuários para se deslocar até o laboratório.

A meta não foi atingida. Finalizamos o terceiro mês da intervenção com uma proporção de 0%.

Meta 8. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

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

Nesta meta que se refere às prescrições conforme os medicamentos disponibilizados pela farmácia popular, a meta pautada foi priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastrados na unidade de saúde. Sendo assim, 76 usuários (100%) acompanhados na UBS Diogo Lopes encontram suas medicações disponíveis na farmácia da unidade e/ou farmácia popular.

No primeiro mês foram 30 usuários hipertensos (100%) com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou Farmácia Popular. No segundo mês este número atingiu 59 pessoas (100%) e no terceiro mês alcançou-se o total de 76 pessoas com prescrição priorizada na farmácia popular, também atingindo 100%.

Meta 9. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 9: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

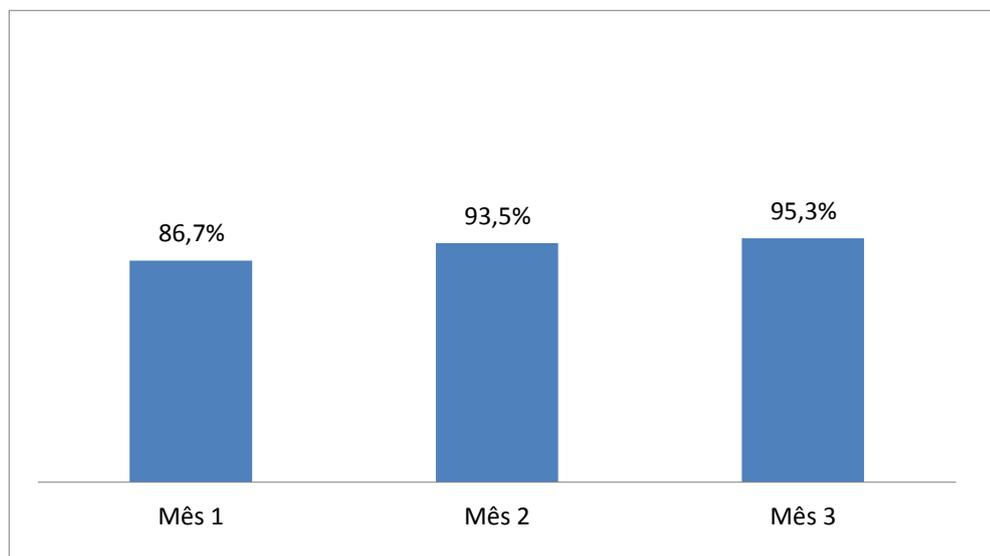


Figura 03 – Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizadas.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2016.

Referente às prescrições conforme os medicamentos disponibilizados pela farmácia popular, a meta pautada foi priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Conseguimos cadastrar no primeiro mês 13 usuários com diabetes (86,7%), acompanhados na UBS Diogo Lopes e encontrando medicação HIPERDIA disponíveis na farmácia da unidade e/ou farmácia popular. No segundo mês foram 29 usuários com prescrição priorizada da farmácia popular e Hiperdia (93,5%) e no terceiro mês, finalizamos com 41 usuários com prescrição priorizada, o que correspondeu a 95,3%. O motivo foi que alguns usuários já estavam adaptados às medicações que não fazem parte desta rede, principalmente usuários portadores de patologias cardiovasculares, não havendo outros medicamentos para substituir. E em outros foi aconselhável substituir pela medicação da farmácia popular.

Meta 10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

Indicador 10: Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

A saúde “começa pela boca”, sendo que a mesma representa um ponto determinante nas condições de vida; é dizer do estilo de vida do usuário. E a condição da saúde bucal vai ser um fator determinante no desenvolvimento de determinadas patologias. Eles devem ser registrados, avaliados com sua respectiva história clínica e recebendo sempre na UBS instrução da higiene bucal, tanto na consulta odontológica como nas consultas com os demais profissionais.

Em relação a avaliação da necessidade de atendimento odontológico 76 usuários com hipertensão (100%) receberam avaliação da necessidade de atendimento, atingindo a meta proposta no final da intervenção. No primeiro mês foram 30 usuários com hipertensão avaliados (100%); no segundo mês foram 59 usuários (100%) e no terceiro mês alcançamos o total de 76 pessoas avaliadas, chegando em 100%.

Esta meta foi realizada sem problema nenhum. A especializanda (médica) avaliou os usuários hipertensos e apenas aqueles que precisavam de atendimento odontológico encaminhamos à consulta com o dentista.

Meta 11. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

Indicador 11: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

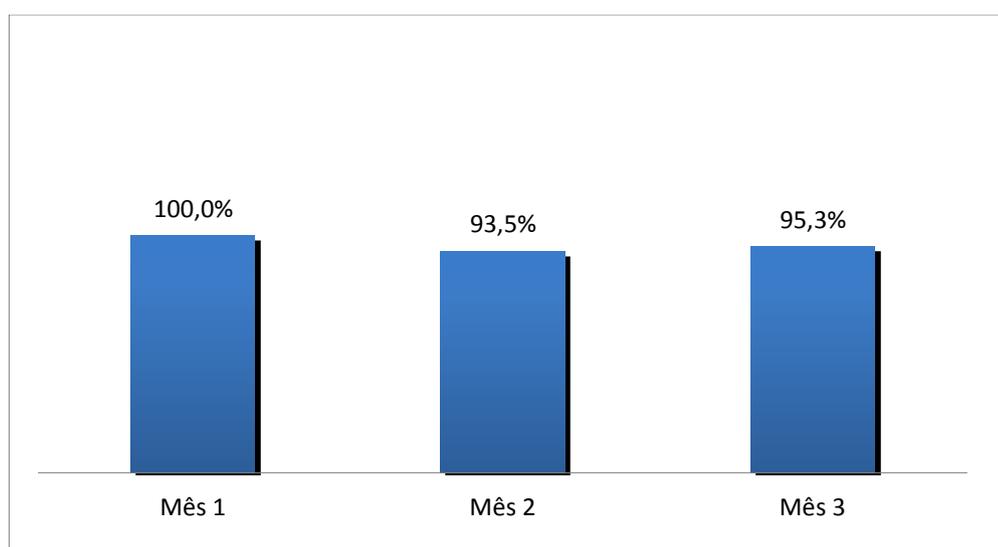


Figura 04 – Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2016.

Os cuidados odontológicos dos usuários com DM são muito importantes no controle, já que apresentam, frequentemente, doença periodontal, infecções que pioram pela resistência dos tecidos à insulina.

Na avaliação da necessidade de atendimento odontológico quase todos os usuários receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico. No primeiro mês foram 15 usuários com diabetes avaliados (100%); já no segundo mês foram 29 usuários (93,5%) e no terceiro mês alcançamos o total de 41 pessoas avaliadas (95,3%), ficando muito próximos à meta estabelecida.

A clínica geral (médica especializanda) avaliou os usuários diabéticos e só aqueles que precisavam de atendimento odontológico foram encaminhados à consulta com o dentista.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 12. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS, conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 12: Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas médicas com busca ativa.

Trabalhamos a busca ativa dos usuários hipertensos faltosos à consulta médica, usando como parâmetro a meta de busca do 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde Diogo Lopes, conforme a periodicidade recomendada. Realizou-se a busca ativa de 1 usuário faltoso no primeiro mês (100%); o que se repetiu no segundo mês, com também 1 usuário (100%) e finalizamos o terceiro mês da mesma forma, com 1 usuário com busca realizada, alcançando 100%.

Nos três meses de intervenção não foi possível a busca ativa como deveria ser, com a participação dos ACS, que estão em número reduzido na equipe e também precisávamos de apoio da secretaria de saúde, com a disponibilização do veículo, o que nem sempre ocorreu. Mas dentro do que foi possível, cumprimos a meta.

Meta 13. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS, conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 13: Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Durante os três meses da intervenção realizou-se a busca ativa de 1 usuário com diabetes no primeiro mês (100%); também 1 usuário no segundo mês, alcançado 100% e 1 usuário no último mês da intervenção, fechando com 100% a intervenção.

As dificuldades são as mesmas mencionadas acima, como a falta de ACS em número suficiente para cobrir a área de abrangência e a falta de veículos para realizar as visitas domiciliares para busca de faltosos, mas mesmo assim tivemos êxito.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 14. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

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

No que se refere às pessoas com hipertensão com registros adequados, a meta era atingir 100% dos usuários hipertensos, cadastrando-se na UBS de forma satisfatória.

No primeiro mês 30 usuários com hipertensão estavam com registros adequados na ficha de acompanhamento/espelho (100%); no segundo mês foram 59 usuários com registros adequados (100%) e no terceiro mês finalizamos com 76 usuários com seus registros devidamente organizados, atingido também 100%. Todo usuário tem que ter seu registro adequado, pois isso facilita para a equipe no momento de realizar o monitoramento. Não enfrentamos dificuldades com essa meta.

Meta 15. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 15: Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

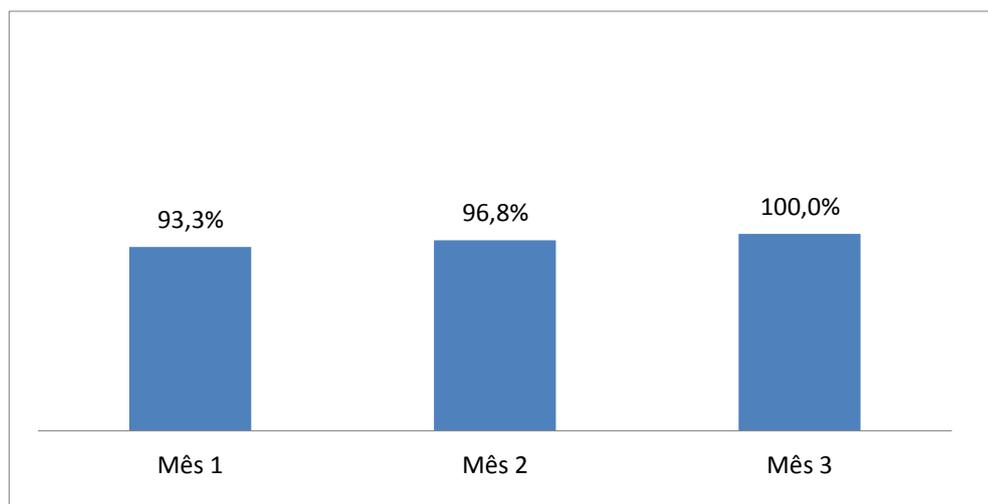


Figura 05 – Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2016

Para os usuários diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, a estimativa era atingir também 100% dos usuários na UBS Diogo Lopes.

No primeiro mês, 14 usuários com diabetes (93,3%) estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento; já no segundo mês 30 usuários com diabetes estavam com registros em dia (96,8%) e no terceiro mês conseguimos um total de 43 usuários com seus devidos registros, atingindo, então, 100%. Todo usuário tem que ter seu registro adequado, de forma que permita saber as condições clínicas do mesmo, além do monitoramento regular.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 16. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 16: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Para a estratificação do risco cardiovascular usamos o escore de Framingham, que identifica os principais fatores de risco para doenças coronarianas. Em relação à estratificação do risco cardiovascular, no primeiro mês realizou-se em 30 usuários com hipertensão (100%); no segundo mês foram 59 usuários avaliados (100%) e no terceiro conseguimos o total de 76 usuários com tal avaliação realizada, alcançando 100%.

Meta 17. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 17: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

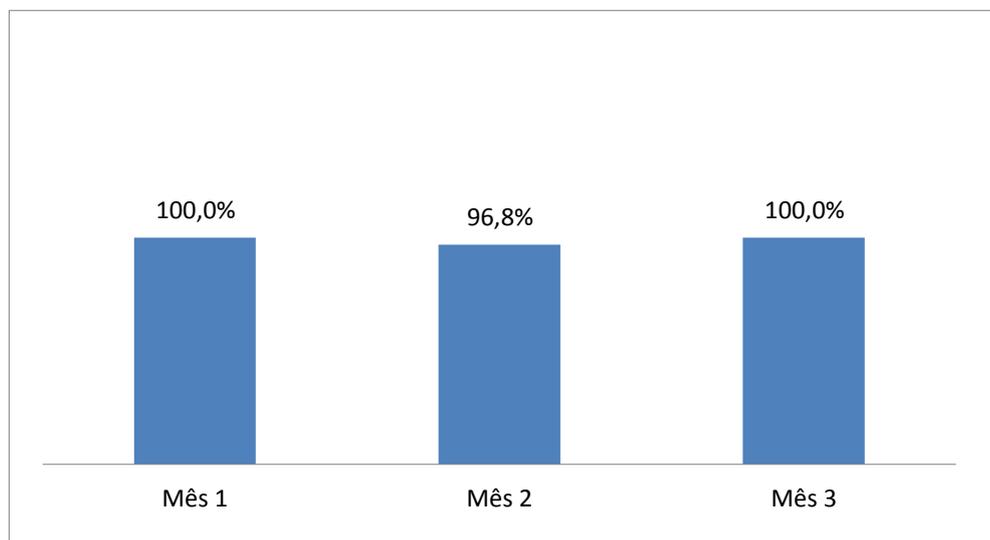


Figura 06 – Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2016

Considerando a estratificação do risco cardiovascular de nossos usuários diabéticos, no primeiro mês realizou-se para 15 usuários (100%); no segundo mês foram 30 usuários com estratificação realizada (96,8%) e no terceiro conseguimos avaliar todos os 43 cadastrados, alcançando 100% e atingindo a meta proposta.

Para a estratificação do risco cardiovascular usamos o escore de Framingham, que identifica os fatores de risco para doenças coronarianas, e nos ajuda também para uma melhor conduta terapêutica com os usuários.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 18. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 18: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

As elevadas cifras da hipertensão arterial muitas vezes são devidas aos inadequados estilos de vida que adotamos, principalmente os relacionados com a alimentação. Durante a intervenção tive que optar pela educação em saúde de

forma individual, em cada consulta, por não ter a participação da nutricionista e também não realizamos atividades coletivas.

A ação aconteceu com sucesso com os 76 usuários cadastrados ao término da intervenção. No primeiro mês, 30 pessoas com hipertensão foram orientadas (100%); no segundo mês foram 59 pessoas (100%) e no terceiro mês encerramos com 76 usuários devidamente orientados no aspecto nutricional, totalizando 100%.

Meta 19. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador: Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

A diabetes mellitus tem uma grande predisposição genética, mas os maus hábitos alimentares são o gatilho inicial. Na intervenção não foi possível o apoio do nutricionista, sendo as orientações realizadas pela médica especializanda, dadas à cada usuário em consulta individual. A ação aconteceu com sucesso para os 43 usuários com diabetes (100%). No primeiro mês 15 pessoas com diabetes foram orientadas (100%); no segundo mês foram 31 pessoas (100%) e no terceiro mês concluímos com 43 usuários devidamente orientados (100%).

Meta 20. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Um estilo de vida saudável, com atividade física regular contribui para prevenir a hipertensão arterial, principalmente pela diminuição da resistência vascular periférica. Sendo assim, finalizamos as 12 semanas de intervenção com 76 usuários com hipertensão receberam orientações, atingindo a meta de 100%.

No primeiro mês foram 30 usuários que receberam orientação sobre a prática regular de atividade física (100%); concluindo o segundo mês foram 59 usuários com hipertensão orientados (100%) e fechando o terceiro mês foram 76 pessoas devidamente orientadas, atingindo 100%. As orientações foram fornecidas durante as consultas clínicas, de forma individual.

Meta 21. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 21: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

O sedentarismo é um fator de risco para a aparição de doenças cerebrovasculares e complicações nos usuários com diabetes. Nas 12 semanas,

foram 43 usuários com diabetes orientados nas consultas médicas, atingindo a meta de 100%. 15 31 43

No primeiro mês de intervenção foram orientadas 15 pessoas (100%); no segundo mês 31 pessoas receberam orientações (100%) e finalizamos com 43 pessoas devidamente orientadas sobre a importância da atividade física. Tais orientações foram dadas em consultas individuais.

Meta 22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Sabe-se que o tabagismo estimula ainda mais a incidência de acidentes cerebrovasculares, hipertensão e câncer. Encontramos vários tabagistas nesta intervenção, desencadeando um importante fator de risco para os usuários. Assim, em cada consulta individual, todos receberam orientações oportunas. No primeiro mês foram 30 usuários orientados (100%); no segundo mês foram 59 usuários que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo (100%) e ao final foram 76 pessoas orientadas, alcançando 100%.

Meta 23. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 23: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Em relação aos usuários com diabetes, no primeiro mês foram 15 pessoas que receberam orientações sobre os riscos de tabagismo nas consultas médicas em nossa UBS (100%); no segundo mês foram 31 pessoas orientadas sobre os riscos do tabagismo (100%) e ao final do terceiro mês foram 43 usuários orientados, totalizando 100%. As orientações foram dadas durante as consultas clínicas, pela médica especializanda.

Meta 24. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 24: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

A saúde bucal está diretamente relacionada com a higiene e ao desenvolvimento de doenças como a periodontite. Os 76 usuários com hipertensão cadastrados na intervenção receberam orientação sobre higiene bucal, atingindo a

meta de 100%. No primeiro mês foram 30 usuários com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal; no segundo mês foram 59 usuários orientados (100%) e no terceiro foram 76 devidamente orientados (100%). Sem dificuldades no desenvolvimento desta ação, todos foram orientados.

Meta 25. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 25: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

O mau controle da diabetes apresenta repercussões importantes na saúde oral, que vão desde dificuldades na cicatrização até doença periodontal, por isso a importância de devidas orientações.

Em relação à orientação sobre higiene bucal, 43 usuários com diabetes receberam orientação, atingindo a meta dos 100%. No primeiro mês foram orientados 15 usuários (100 %); no segundo foram 31 pessoas (100%) e no terceiro mês alcançou-se 43 pessoas orientadas, finalizando com 100%. Não houveram dificuldades no desenvolvimento da ação, sendo todos orientados pela médica especializanda em consultas individuais.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na UBS Diogo Lopes, em Macau/RN, foi importante à qualificação da atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus desse distrito. Mesmo sem alcançar a meta proposta, trouxe a ampliação da cobertura da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, houve a melhoria dos registros e a qualificação da atenção, com destaque para o exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos, além das orientações em relação à promoção da saúde.

Para desenvolver a intervenção a equipe discutiu, mesmo que poucas vezes (em função de trocas frequentes de colegas de equipe), para seguir as recomendações do protocolo do Ministério da Saúde adotado. Conseguimos realizar discussões/capacitação em uma só ocasião, na reunião da equipe. Começamos pelo estudo do protocolo, o acolhimento e atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos, estabelecendo as rotinas para melhorar a qualidade da atenção a este grupo. Apesar desse encontro, quase todo o trabalho relacionado a intervenção ficou

na responsabilidade da médica especializanda, principalmente pelos problemas enfrentados no município, de emprego (alguns colegas foram demitidos no período), de infraestrutura, de recursos financeiros e humanos.

Ficamos sem ACS na maior parte das semanas da intervenção, e conseguimos um apoio melhor nos últimos dois meses. Mesmo sem o veículo para as visitas domiciliares, os poucos ACS agendavam as consultas dos usuários. A técnica de enfermagem e o recepcionista foram capacitados para detectar sinais de alerta, acolher e orientar a comunidade, direcionando ao atendimento médico ou de enfermagem, conforme necessidade. A médica especializanda abordou em cada consulta, com cada usuário, os tópicos de nutrição, tabagismo, prática de atividades físicas, higiene bucal, importância da periodicidade nos controles e exames complementares, avaliando o indivíduo como um todo.

Antes da intervenção as atividades de atenção à hipertensão e diabetes eram concentradas no médico clínico geral. A intervenção reviu, um pouco, as atribuições dos colegas de equipe, objetivando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos usuários viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e/ou diabéticos tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

A população, no início, apresentou dificuldade de compreensão para a organização e priorização dos usuários. O preenchimento das fichas espelho mais as orientações detalhadas a cada usuário tornavam mais demorada a consulta, e esta situação gerou insatisfação na sala de espera. Mas tempo depois, a própria comunidade percebeu a melhoria na qualidade da atenção e da incorporação dessas ações na rotina do serviço. A ampliação da cobertura ficou aquém da meta, mas aos poucos espera-se cadastrar mais usuários.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe, mesmo com as trocas constantes. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto.

Agora que finalizamos, percebo que a equipe está mais integrada, mesmo com as dificuldades que enfrentamos. Porém, para incorporar a intervenção na rotina do serviço teremos que superar algumas das dificuldades encontradas. Temos

que ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes, em especial os de alto risco. Queríamos implementar atividades ao programa, mas infelizmente o município não conta com recursos para que muitas delas sejam realizadas. O vínculo com as lideranças comunitárias atualmente não existe, o que seria de muita ajuda. Houve troca de prefeito três vezes em três meses e duas de secretário de saúde, o que resulta difícil estabelecer vínculos atualmente. Nos próximos meses já teremos uma maior quantidade de ACS para cobrir mais microáreas e ajudar na captação/identificação de usuários com hipertensão e/ou diabetes. Também esperamos um maior apoio dos entes governamentais para conseguir a expansão a partir deste projeto a outros programas, por exemplo, a atenção à saúde das pessoas idosas na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Sendo de conhecimento dos gestores deste município, estou atuando no Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), do Ministério da Saúde, e incluso neste programa está a realização da Especialização em Saúde da Família, a qual propõe ao especializando que desenvolva um projeto de intervenção a ser realizado na sua unidade de saúde, junto a sua equipe de trabalho, para melhoria de ações programáticas.

Ao realizar o curso de pós-graduação, oferecido pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS) em parceria com a Universidade Federal de Pelotas (UFPel), foi possível realizar uma análise crítica da estrutura e dos serviços de saúde oferecidos pela nossa Unidade Básica de Saúde (UBS).

Na UBS Diogo Lopes, em Macau/RN, existia um alto índice de usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus nunca antes acompanhados, motivo pelo qual surgiu esta necessidade de intervenção neste grupo de usuários. Assim nasceu o projeto de intervenção com o título “Qualificação da atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Diogo Lopes, em Macau/RN”.

Durante o período de 12 semanas desenvolvemos ações de promoção e prevenção à saúde destas pessoas, garantindo consultas agendadas, prioridade no atendimento, avaliação de riscos, a sistematização de registros, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida da população do distrito Diogo Lopes.

As ações desta intervenção ocorreram durante os meses de novembro de 2015 a fevereiro 2016, dentro dos eixos do projeto pedagógico do curso de especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público e qualificação da prática clínica. Nestes três meses de

intervenção, obtivemos um pequeno aumento na cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na UBS, atingindo um total de 76 pessoas com hipertensão cadastradas (12,5%) e 43 pessoas com diabetes (28,7%). Considerando aos graves problemas políticos e financeiros do município de Macau e estruturais que assolam a UBS Diogo Lopes, quase atingimos a meta estabelecida de ampliação da cobertura para 30% dos usuários com diabetes. Já para os usuários com hipertensão, ficamos mais distantes. O acompanhamento foi realizado através das fichas espelho que permitiram avaliar o perfil dos usuários. Utilizamos o escore de Framingham, que contribuiu para definir quais são os usuários que necessitam de maior atenção por parte da equipe de saúde. Abaixo, para ilustrar, os gráficos das coberturas atingidas.

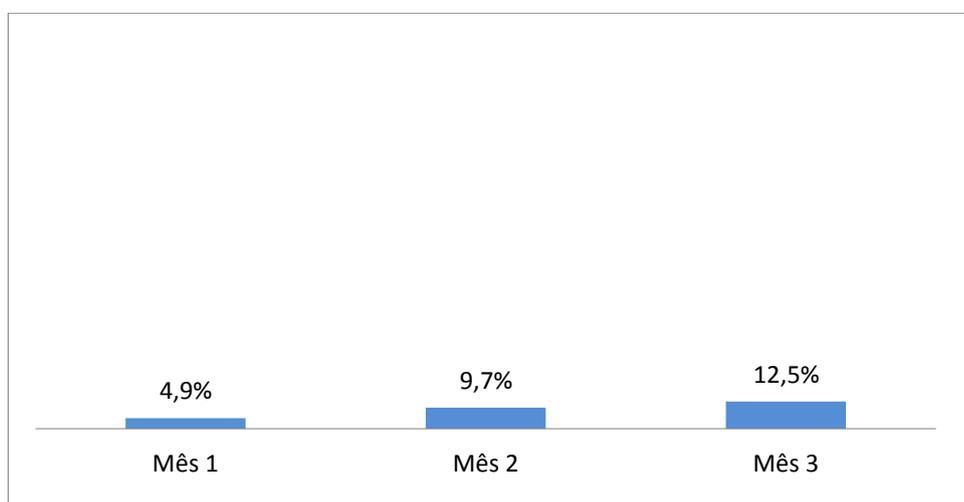


Figura 01 –Gráfico da proporção de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

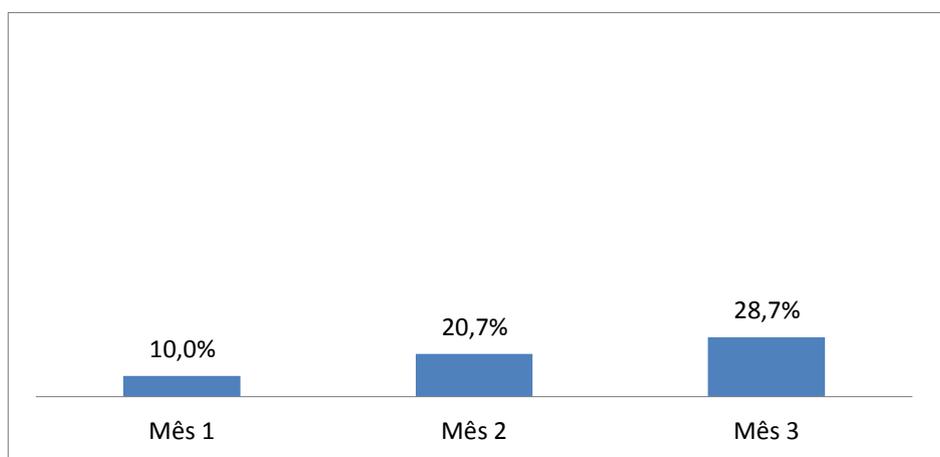


Figura 02 –Gráfico da proporção de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Na intervenção, conseguimos atingir a proporção de todos os usuários cadastrados com exame clínico em dia, ou seja, dos 76 usuários com hipertensão acompanhados e dos 43 usuários com diabetes, todos possuem exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Já em relação à proporção de usuários hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, não houve evolução ao longo dos meses de intervenção, pois nossos usuários apresentaram dificuldades na marcação dos exames, houve demora na coleta e obtenção dos resultados, e outros não conseguiam se deslocar do distrito até o município para a realização dos exames por problemas financeiros. Isso aconteceu para ambos usuários, tanto hipertensos como diabéticos, o que dificultou o acompanhamento ideal dessas pessoas.

A utilização da avaliação do risco cardiovascular auxilia na identificação de usuários com alto risco e nos leva a considerar a necessidade de intensificar as ações preventivas. Referente a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, também todos os usuários receberam avaliação dessa necessidade e orientação sobre higiene bucal, atingindo a meta de 100%. A saúde bucal é multifatorial e está intimamente relacionada ao meio ambiente, às condições de alimentação, de trabalho, moradia, renda, acesso aos serviços de transporte, saúde e lazer. Foi abordada também a importância da frequência da atividade física e os riscos do tabagismo, graças ao trabalho e as orientações particulares que a médica especializada forneceu a cada consulta.

Tivemos muitos problemas na realização de algumas ações, mas mesmo assim quase conseguimos atingir as metas propostas neste trabalho. As ações desenvolvidas na UBS Diogo Lopes incorporaram-se à rotina de trabalho, mesmo com as dificuldades. Gostaríamos que as ações da intervenção fossem expandidas às demais áreas/programas de saúde (saúde da criança, do idoso, da mulher, etc), mas para isso será fundamental o apoio dos gestores, garantindo a composição adequada da equipe (que não falte nenhum profissional da equipe mínima), garantindo transporte para as visitas domiciliares, evitando a falta de medicamentos básicos na farmácia da UBS, garantindo a realização de exames laboratoriais de controle com resultados entregues em tempo hábil e apoiando as equipes de saúde para promover espaços de reuniões de equipe em nosso ambiente de trabalho, assim como também suprir a demanda reprimida, ou seja, dando o apoio suficiente

para que as ações sejam cumpridas e a população desfrute do bem estar da saúde, o que é um direito constitucional.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Estou atuando como médica na comunidade Diogo Lopes, em Macau/RN, vinculada ao Programa Mais Médicos para o Brasil, programa que foi criado pelo governo federal com o objetivo de melhorar e ampliar o funcionamento das Unidades de Básicas de Saúde, levando atendimento às comunidades que necessitam. Como parte desse programa, realizei um curso de especialização pela Universidade Federal de Pelotas/RS, e dentro desse curso foi proposta a melhoria de um dos programas que oferecemos para nossa comunidade, ou seja, melhorar aquele que estivesse enfrentando mais dificuldades, para que as pessoas tivessem mais acesso ao nosso serviço de saúde.

Dessa forma venho compartilhar com vocês sobre uma ação desenvolvida pela nossa equipe de saúde no decorrer do ano de 2015 e início de 2016, que teve a duração de 12 semanas. Percebemos que a atenção às pessoas com hipertensão (pressão alta) e diabetes era deficiente em alguns aspectos em nossa unidade de saúde, através do curso de especialização que realizei. Assim, procuramos trazer melhorias para as pessoas que tem estas doenças crônicas.

A especialização em saúde da família nos ajuda a melhorar a educação e formação dos profissionais, estudando as realidades de cada localidade e fazendo com que todos os membros da equipe e a população se envolvam, trabalhem juntos.

No distrito Diogo Lopes existem muitas pessoas com diabetes e pressão alta, motivo pelo qual ficamos motivados para intervir na saúde desses usuários com o fim de melhorar a saúde deles. É a primeira vez que realizamos esse tipo de projeto com a população do distrito Diogo Lopes. Isso é um aporte significativo à sociedade. Conseguimos aumentar a quantidade de atendimentos (nesses três meses de trabalho intenso cadastramos e atendemos adequadamente 76 pessoas com hipertensão e 43 pessoas com diabetes), realizamos registros em fichas de acompanhamento para este grupo de usuários. Utilizamos uma ferramenta muito

importante no acompanhamento das pessoas, que foi a ficha espelho. Esta ficha espelho contém toda a informação necessária para o seguimento adequado das pessoas com pressão alta e/ou diabetes, a qual fica, a partir de agora, nos arquivos da UBS para uso da equipe de saúde.

Antes de começar a intervenção, a cobertura de usuários hipertensos, é dizer com pressão alta, era muito baixa, assim como dos diabéticos. Agora finalizada a intervenção, conseguimos o cadastramento no programa de 76 usuários hipertensos (12,5%) e 43 usuários diabéticos (28,7%), este foi o mais próximo da meta do 30%, que gostaríamos de alcançar. Apresentamos muitíssimas dificuldades na realização de algumas ações, como por falta de água, de energia elétrica, recursos humanos e econômicos, medicamentos, transporte, etc, mas mesmo assim conseguimos terminar. Ficam os registros, os usuários mais controlados e mais felizes. Todos eles receberam orientações no cuidado da alimentação, da higiene bucal, do tabagismo, do exercício físico e da importância à assistência aos controles e exames complementares.

A hipertensão e a diabetes são doenças muito perigosas se a pessoa não se dedicar a se cuidar; traz consigo graves complicações e vale a pena preveni-las. Principalmente pela saúde e pela vida.

As pessoas que foram cadastradas, foram avaliadas, medicadas e agendadas para próximos controles, serviram de porta voz para trazer mais usuários a integrar-se com esta nobre causa. O trabalho em equipe é fundamental para que as metas se cumpram em sua totalidade. Todos os membros da unidade de saúde Diogo Lopes aportaram seu grão de areia no projeto: os recepcionistas, a técnica de enfermagem, a dentista, o enfermeiro, a vacinadora, a auxiliar de farmácia, a auxiliar de limpeza, a diretora, os agentes comunitários de saúde; todos ajudaram direta ou indiretamente à culminação do projeto que servirá de apoio para dar continuidade ao controle destas duas graves doenças.

A unidade básica de saúde espera sempre contar com o apoio de vocês para que a gente melhore em tudo que for possível para poder expandir a outras pessoas, com outras necessidades, os demais programas da atenção básica, como nas grávidas, em nossas crianças, adolescentes e idosos. Eu (a médica) e minha equipe ficamos muito gratos por todo o apoio recebido dos usuários nesta intervenção, sem eles não teria sido possível. Fica o convite para a expansão de mais programas. E obrigada por tudo.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No desenvolvimento desta intervenção existiram muitas dificuldades que me afastavam de minhas metas de aprendizado, principalmente pelo problema de comunicação, sem acesso à internet na UBS e pela péssima conexão no município, o que me atrasou no cumprimento das 8 horas de estudo estabelecidas. Mas, graças ao incansável apoio de minha orientadora, Deus a abençoe, conseguimos, com muito diálogo, superar cada etapa, vencer as dificuldades e concluímos a maior parte do cronograma proposto. Participar deste Curso de Especialização em Saúde da Família foi muito enriquecedor, no sentido que me trouxe a possibilidade de estar aperfeiçoando-me na área de saúde coletiva.

Com o transcorrer do dia a dia, pude perceber o quão frágil era nosso desenvolvimento na Unidade Básica de Saúde, e o quanto precisávamos melhorar: vários desafios precisavam ser superados, e foi esse propósito que me impulsionou. A organização do curso de especialização em saúde da família pela UFPel foi de grande ajuda, principalmente pela abordagem da medicina num país com características culturais e uma língua totalmente diferente da minha. Nas primeiras semanas de ambientação compartilhamos a troca das experiências e expectativas que cada um tinha com relação ao trabalho a ser desenvolvido na atenção básica, além disso, esta primeira etapa foi útil para aprender e melhorar ainda mais os conhecimentos na gramática do idioma português. A participação nos fóruns de saúde coletiva e da clínica estimulou a capacidade reflexiva de cada um; as práticas clínicas ajudaram muito a melhorar a redação e a me manter atualizada.

Outro aspecto importante foi a elaboração da análise que facilitou conhecer os indicadores dos programas de saúde da atenção básica, preconizados pelo Ministério da Saúde, o que serviu de base para a seleção da minha intervenção. O

curso realmente foi bem organizado para que cada médico capturasse o mais importante nesta área da medicina familiar, que é base fundamental da sociedade. Considero que foi concluída de formas satisfatória, atingindo os objetivos propostos pelo projeto pedagógico. Trouxe-me a possibilidade de compreender e aprofundar meus conhecimentos acerca do acolhimento, do planejamento em saúde, da organização do processo de trabalho.

E durante o curso aprendi muito da cultura e política e,principalmente,do sistema de saúde do povo brasileiro.Os usuários hipertensos e/ou diabéticos da UBS Diogo Lopes, Macau/RN, contribuíram para isso. Desejava aprender mais, mas infelizmente atuamos até onde podemos.

Referências

1 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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

3 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

Indicadores Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes - Mês 1																				
Dados para Coleta	Número do usuário	Nome do usuário	Idade do usuário	O usuário tem hipertensão?	O usuário tem diabetes?	O usuário está com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo?	O usuário com diabetes está com exame dos pés em dia?	O usuário está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O usuário necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos prescritos são da Farmácia Popular/ Hiperdia?	O usuário foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O usuário está faltoso as consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o usuário com consultas em atraso?	O usuário está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O usuário recebeu orientação nutricional?	O usuário recebeu orientação sobre prática regular de atividade	O usuário recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O usuário recebeu orientação sobre higiene bucal?	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de usuários cadastrados	Nome	Em anos	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	
679																				
680																				
681																				
682																				
683																				
684																				
685																				
686																				
687																				
688																				
689																				
690																				
691																				
692																				
693																				
694																				
695																				
696																				
697																				
698																				
699																				
700																				
701																				
702																				

Pessoas com hipertensão				Mês 1	Mês 2	Mês 3	OBSERVAÇÕES
Número total de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção				30	59	76	
Pessoas com diabetes				Mês 1	Mês 2	Mês 3	OBSERVAÇÕES
Número total de pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da				15	31	43	
*Estimativa no território							
População total				4000			Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. <u>Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais.</u> Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)				2680			Este seria o número total estimado de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais COM HIPERTENSÃO (22,7%) (VIGITEL, 2011)				608			
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais COM DIABETES (5,6%) (VIGITEL, 2011)				150			

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

Eu, Deris Patricia Bellorin Fernández, médica 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.

Deris Patricia Bellorin Fernández

Contato:

Telefone:

Endereço Eletrônico: derisbellorinf@hotmail.com

Endereço físico da UBS: Praia de Diogo Lopes, Bairro Zona Rural, cidade de Macau no Estado de RN. CEP 59500-000

Endereço de e-mail do orientador: debermudezp@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Deris Patricia Bellorin Fernández, 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