

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Zona Sul, Pinheiro Machado/RS**

Ermes Angarica Cos

Pelotas, 2015

Ermes Angarica Cos

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica
e/ou diabetes mellitus, na UBS Zona Sul, Pinheiro Machado/RS**

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

Orientadora: Ethieli Rodrigues da Silveira

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

C834m Cos, Ermes Angarica

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Zona Sul, Pinheiro Machado/RS / Ermes Angarica Cos; Ethieli Rodrigues da Silveira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

91 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Silveira, Ethieli Rodrigues da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a meu ser mais querido que sempre depositou a confiança em mim apoiando em tudo, teve paciência pela ausência durante o tempo todo.

Agradecimentos

A **minha orientadora, Ethieli Rodrigues da Silveira**, agradeço a sua presença permanente ao longo do curso. Sua compreensão em todos os momentos de dificuldade.

A **Equipe de Saúde da Família da UBS Zona Sul Pinheiro Machado**, pela compreensão e pela ajuda na implementação da intervenção das ações desta Especialização.

Aos **usuários** que concordaram em participar deste trabalho tornando possível sua realização.

Enfim, a **todos** aqueles que de um modo ou de outro, contribuíram para que este trabalho fosse concluído com sucesso, meu sincero agradecimento.

Resumo

COS, Ermes Angarica. **Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Zona Sul, Pinheiro Machado/RS. 2015.** 91f. Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade Aberta do SUS-UNASUS da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus se constituem como as principais Doenças Crônicas Não-transmissíveis geradoras de possíveis complicações como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. Mediante a Análise Situacional realizada na UBS Zona Sul em Pinheiro Machado/RS, verificou-se a necessidade de melhorar a atenção ao hipertenso e diabético considerando-se para a intervenção os objetivos de aumento da cobertura e da adesão, qualificação da atenção, registro das informações, mapeamento dos usuários de risco cardiovascular e promoção saúde. Utilizaram-se indicadores para avaliar a evolução da intervenção ao longo de três meses que ocorreu entre fevereiro a junho de 2015, exceto nos meses de março e abril devido às férias. Utilizaram-se como referências os protocolos 36 e 37 do Ministério da Saúde (MS) e os instrumentos disponibilizados pelo curso que foram as fichas-espelho e as planilhas de coleta de dados. As estimativas apontavam que na área de abrangência da UBS havia 549 hipertensos e 135 diabéticos, todavia, somente 52% e 37%, respectivamente, eram acompanhados na unidade de saúde bem como a qualidade do serviço de saúde demanda um aprimoramento e reorganização. Após a intervenção, as coberturas atingiram 351 (63,9%) para hipertensos e 72 (53,3%) para diabéticos e em relação à qualidade do serviço atingiram-se aproximadamente 78% dos hipertensos e dos diabéticos com exames, 82,6 % de usuários hipertensos e 86,1% diabéticos com estratificação de risco cardiovascular e 80 % de atividades de educação em saúde. Entretanto, a Saúde Bucal se mantém precária dadas as circunstâncias do processo de trabalho, sendo atingidos 96 (27,4%) para hipertensos e 24 (33,3%) para diabéticos frente à atividade de avaliação da necessidade de atendimento odontológico. A ação programática voltada aos hipertensos e/ou diabéticos foi incorporada à rotina da UBS, ainda que, com limitações derivadas da infraestrutura e da demora no retorno dos resultados de exames, pois, foi possível observar melhorias no atendimento aos usuários, sugerindo-se, ainda maior engajamento público.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia da Reunião de Equipe de saúde. UBS Zona Sul.	47
Figura 2	Fotografia da Atividade de Grupo no Salão da Igreja.	49
Figura 3	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015.	53
Figura 4	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015.	54
Figura 5	Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015.	55
Figura 6	Gráfico Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015.	55
Figura 7	Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015.	56
Figura 8	Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015.	57
Figura 9	Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015.	58
Figura 10	Gráfico Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015.	59
Figura 11	Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015.	60
Figura 12	Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015.	60
Figura 13	Gráfico Proporção de hipertensos faltosos às consultas com	61

	busca ativa. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015	
Figura 14	Gráfico Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015	62
Figura 15	Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015.	63
Figura 16	Gráfico Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015.	63
Figura 17	Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015.	64
Figura 18	Gráfico Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015.	65
Figura 19	Gráfico Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015.	66
Figura 20	Gráfico Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015.	67
Figura 21	Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015.	67
Figura 22	Gráfico Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015	68
Figura 23	Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015.	69
Figura 24	Gráfico Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015.	69
Figura 25	Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS	70

2015.

Figura 26 Gráfico Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015.

71

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAIC	Centro de Atendimento Integral Criança
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro Especialidades Odontológicas
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PMM	Programa Mais Médicos
RS	Rio Grande do Sul
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
EaD	Ensino a distância
SUS	Sistema Único de Saúde
SAMU	Serviço de Atenção Médica de Urgência
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DCNT	Doenças Crônicas Não-transmissíveis
IAM	Infarto agudo do miocárdio

Sumário

Apresentação.....	13
1 Análise situacional.....	14
1.1Texto	
Inicial sobre a Situação da ESF.....	14
1.2Relat	
ório da Análise Situacional	15
1.3Comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatórioAnálise	22
2 Análise estratégica	24
2.1 Justificativa.....	24
2.2 Objetivos e metas.....	25
2.2.1 Objetivo Geral	25
2.2.2 Objetivos Específicos	25
2.2.3 Metas.....	25
2.3 Metodologia.....	27
2.3.1 Ações	27
2.3.2 Indicadores.....	40
2.3.3 Logística	46
2.3.4 Cronograma	48
3 Relatório da intervenção.....	50
3.1Ações Previstas e	
desenvolvidas.....	50
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	
.....	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização de dados	
.....	54
3.4 Viabilidade de incorporação das ações à rotina do serviço	
.....	54
4 Avaliação da intervenção	56
4.1 Resultados	56
4.2 Discussão.....	75
4.3 Relatório da Intervenção para os gestores.....	78

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	81
5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	84
6 Bibliografia.....	85
Anexos	
Anexo A – Ficha Espelho.....	87
Anexo B – Planilha de coleta de dados.....	88
Anexo C – Parecer do Comitê de Ética.....	89

Apresentação

O presente volume é parte das atividades desenvolvidas no curso de pós-graduação em Saúde da Família, modalidade de ensino a distância (EaD), pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UFPeI/UNASUS). Foi realizada uma intervenção cujo objetivo foi Melhorar a Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Zona Sul, Pinheiro Machado/RS. O volume está organizado em cinco unidades de acordo com o cronograma proposto pelo curso. Inicia-se com a análise situacional da área de abrangência da UBS Zona Sul, que abrange o relatório da análise situacional, com a descrição dos principais problemas encontrados na UBS. Em seguida o projeto de intervenção, que corresponde à análise estratégica mostra a justificativa junto com os objetivos e metas a serem alcançadas na intervenção, e também a metodologia e detalhamento das ações.

O relatório da intervenção com a descrição de todas as ações previstas e desenvolvidas. Contamos também com a avaliação da intervenção que mostra todos os resultados explicados e com gráficos representativos. Foi elaborado um relatório para o gestor e outro para a comunidade com ênfase no trabalho desenvolvido e os benefícios que trouxe a comunidade. E por fim, fizemos uma reflexão crítica do processo de aprendizagem.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início em julho de 2014 e finalizou em agosto de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Sou médico cubano vinculado ao Programa Mais Médicos (PMM), estou há dois meses no Município Pinheiro Machado. Segundo informações da secretária municipal de saúde da cidade, mais de 74,7 % de população do município é atendida pela estratégia de Saúde de Família (ESF).

Existem quatro equipes de ESF na cidade de Pinheiro Machado. São elas: ESF Zona Norte, ESF São João Batista-Passo do Machado, ESF Sul e ESF Torrinhas. Eu estou trabalhando na unidade ESF Sul, onde atendo uma população de aproximadamente 3.600 pessoas.

A economia do município é baseada principalmente na agricultura, pecuária, extração de pedras para exportação, pedras de revestimento e produção de cimento. Outro grande destaque é a viticultura. Quanto ao comércio, Pinheiro Machado possui aproximadamente 380 estabelecimentos.

População do município: 14.594

- Urbana: 10.767 (73,77%)
- Rural: 3.327 (26,23%)
- Homens: 7.462 (51,13%)
- Mulheres: 7.132 (48,87%)

Educação: Existem atualmente no Município dez escolas, com aproximadamente 3 200 estudantes matriculados.

Saúde: O município possui dois hospitais (um na sede, e outro no distrito de Torrinhas), Quatro USB de saúde e um centro de atenção à saúde.

Habitação: Imóveis urbanos: 3.859 (68%); Imóveis rurais: 1.833 (32%)

Núcleos habitacionais Urbanos: sete

Saneamento básico: Urbano: 90% com fossa absorvente e galeria de esgoto não tratado; Rural: 50% com fossa séptica e poço absorvente.

Abastecimento de água: Zona Urbana: 99% água tratada; Zona rural: 100% água de poço/cacimba.

Energia elétrica: Zona Urbana: 98% com energia elétrica; Zona rural: 33% com energia elétrica.

Coleta de Lixo: Residencial e comercial: 100% coletado; Hospitalar e ambulatorial: 100% incinerado.

Clima: o município é subtropical ou temperado, com verões moderados, invernos relativamente frios (com grande ocorrência de geadas) e temperatura média anual de 16 °C. O mês mais quente é janeiro, com temperatura média de 21 °C, enquanto o mês mais frio é julho, com média de 11 °C (Wikipédia, 2015).

A Unidade básica de saúde (UBS) em que trabalho, tem uma recepção, sala de espera, um consultório, uma sala de vacina, uma sala de curativos, uma cozinha e dois banheiros (um para os usuários e outro para funcionários). A UBS agora se encontra em espera de ser movimentada para outra unidade mais ao alcance de minha comunidade, a construção desta unidade começou faz bastante tempo, porém não se tem a previsão do término da obra. A ESF é composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um auxiliar de limpeza, além de um odontologista que trabalha com uma auxiliar em saúde bucal. Também tem três agentes comunitários de saúde. A UBS atual tem placa de identificação na entrada, possui rampas e corrimões que permitem o acesso de pessoas portadoras de deficiências físicas.

Nossa equipe de saúde faz atendimentos de usuários agendados e realiza o acolhimento dos que chegam por demanda espontânea, também fazem puericulturas e consultas de pré-natal. As doenças mais frequentes são as patologias crônicas como a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, é uma população com um alto índice de Doenças Dislipidêmicas e sedentarismo.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Pinheiro Machado é um dos Municípios mais antigos do Rio Grande do Sul, onde trabalho faz mais de oito meses. Tem uma população de 14.594 pessoas. Existem quatro equipes de ESF na cidade. São ESF Zona Norte, ESF São João

Batista-Passo do Machado, ESF Sul e ESF Torrinhas. Mais de 74,7 % de população do município é atendida pela estratégia de Saúde de Família (ESF). O município possui dois hospitais (um na sede, e outro no distrito de Torrinhas) e um Centro Regional de Oftalmologia recentemente inaugurado. O hospital principal faz atividades de pronto-atendimento, internações, diagnóstico por imagens (raio-x, ecografia), de sangue, cardiologia e referência para o SAMU. Na secretaria de saúde são oferecidas as consultas de ginecologia, pediatria, nutrição e psicologia.

Minha UBS é rural localizada na zona Sul. Tem vínculo com as instituições de saúde secundária e terciária, próprias do município através de gerenciamento pela secretária de saúde em outros municípios próximos. O modelo de atenção em minha unidade de saúde é unidade de saúde familiar (USF). Conta apenas com uma equipe de saúde composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um odontologista que trabalha com uma auxiliar em saúde bucal e por três agentes comunitários de saúde.

Minha unidade de saúde foi criada de maneira improvisada num local da região sul. E para sua localização não se considerou a acessibilidade para a população idosa e pessoas com limitações físicas de deficiência física. Esta situação afeta tanto a mim como à população à qual atendo, situação que faz difícil o acesso ao serviço médico de minha comunidade e ao mesmo tempo impede-me de ter um maior controle das doenças que mais acomete as pessoas da área de cobertura. Também carece de muitos departamentos de trabalho como se propõem no manual de estrutura da UBS. Muitos dos quais têm importância no bom trabalho da UBS em minha comunidade. Como a farmácia a qual me permitiria um controle e conhecimento dos medicamentos com que conto, isto é importantíssimo numa população de baixo poder aquisitivo.

A sala de espera não é ampla como deveria ser e não conta com cadeiras cômodas, o corredor é muito estreito, o qual impede a passagem das pessoas livremente. Carece-se de adequações que permitam o adequado trânsito de pessoas com limitações físicas como rampas de acesso; portas com dimensões ampliadas, maçanetas do tipo alavanca, barras de apoio.

Em relação às barreiras arquitetônicas, nenhum dos dois prédios são adequados para o acesso de idosos e pessoas com limitações físicas. Há inexistência de rampas alternativas para garantir o acesso das pessoas. Os corrimãos também são inexistentes em dois corredores e em dois degraus de

acesso das UBS. Nos dois banheiros das UBS não existem portas que garantam o acesso de cadeirantes e também não é possível realizar manobras de aproximação com a cadeira de rodas nos banheiros.

Contamos com salas de procedimentos, de vacinas, de nebulização e curativo todas num mesmo lugar. Penso que não é o correto já que favorece a contaminação do usuário e dos meios curativos que ali se encontram. Não contamos com local para a esterilização dos utensílios médicos. A autoclave se encontra no corredor, gerando risco de acidentes que possam causar lesão às pessoas que esperam pelo atendimento neste local (tanto para as consultas médicas como para as consultas odontológicas). Como estratégias acredito que na reunião de equipe poderia propor a mudança do local da autoclave.

Em relação à unidade de saúde família, há necessidade de contato com o conselho gestor local, explicando-lhes a necessidade de mudar nosso centro de lugar para um mais acessível para a população, que cumpra na maioria dos requisitos para um adequado uso e atendimento para a comunidade conforme o Manual Estrutura da UBS (Ministério da Saúde), se fosse possível, ou optar por melhorar as condições que contamos na atualidade

Quanto à comunidade, primeiramente vejo a necessidade de uma melhor relação entre a comunidade e a Unidade Básica de Saúde (UBS). Começando pela formação de um Conselho Gestor Local de Saúde (CGLS) que permita a gestão participativa e que nunca se criou nesta UBS. Até agora nenhum profissional ou usuário da unidade quer assumir a responsabilidade de ser integrante do conselho. As limitações nas relações entre a equipe e os usuários servem de barreiras para o pleno exercício da participação popular. É pequena a divulgação e o conhecimento da população de que já contam com atenção médica nesta UBS e há pouco interesse por parte da população pela participação nas atividades de saúde programadas, porque são pessoas com baixo nível socioeconômico que fazem sua primeira prioridade trabalhar. Outro fator que tem influenciado muito na implementação de um CGLS na UBS é a inexistência de profissionais de saúde que queiram assumir a responsabilidade de organizar e fazer parte deste mecanismo de participação popular. Por não possuir um CGLS, os profissionais e usuários da UBS desconhecem as informações dadas nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, também percebo a presença de poucas instituições sociais na comunidade que faz parte da área da UBS. Percebe-se a inexistência de instituições sociais como um

fator de limitação ao engajamento público. A pouca presença de instituições públicas afeta tanto a mim como a minha comunidade, já que não me permite oferecer a minha população de maneira mais completa as orientações, recomendações, ideias para uma melhor saúde possível. E a mim em não cumprir de maneira completa meu trabalho como médico generalista integral na prevenção e promoção de saúde. Não se priorizam as atividades educativas nesta comunidade, estas poderiam melhorar quando a gente se propõe trabalhar no conhecimento da população sobre alimentação saudável, estilo de vida saudável entre outros. Isto afeta meu desempenho em meu labor preventivo de doenças crônicas não transmissíveis na comunidade onde atuo, como em meu maior desenvolvimento na mesma. Também percebo pouco apoio do gestor da Saúde do município, ausência de intersetorialidade entre os serviços.

Minha prioridade seria levar a minha comunidade a melhor assistência médica possível e o conhecimento de como prevenir e evitar doenças na população da UBS em que trabalho. Creio que seja possível proporcionar a população da UBS uma atenção educativa eficaz que priorize a prevenção e promoção de saúde, apesar de seu baixo grau de escolaridade que possuem. Levando em conta minha governabilidade sobre as situações expostas acima, pretendo dar maior ênfase em minha UBS nos benefícios da saúde preventiva, pretendo fazer atividades de educação popular em saúde como grupos, salas de espera educativas, discussões nos poucos espaços comunitários da área com o apoio de minha equipe básica de saúde, assim como lutar para instaurar um Conselho Gestor Local de Saúde na UBS.

Minha área de trabalho tem 3.600 habitantes na área adstrita, com um total de 1.267 famílias cadastradas até o momento, dos quais 1757 são homens e 1843 mulheres. Para o tamanho da área adstrita acho adequado ao tamanho do serviço. Até agora as estratégias tomadas têm bons resultados na atenção à saúde da população.

Em minha unidade, o acolhimento de cada usuário que chega é realizado pelo recepcionista, o qual realiza a primeira escuta, daí passa a demanda para a enfermeira que avalia os casos que são agendados para o dia no horário da manhã ou à tarde, acolhe e tria a toda urgência médica que chegue sem necessidade de passar pelo recepcionista para agendar uma consulta não importando a procedência do usuário. Em seguida, a enfermeira passa o usuário imediatamente para a

consulta com o médico em ordem de agendamento ou imediatamente conforme a característica da doença ou agravo.

Em minha unidade é oferecida a primeira atenção a todas as demandas espontâneas que chegam, ainda que não possamos fazer muito, já que não contamos na unidade com os meios para fazer muito na atenção destes usuários. Nesses casos, remeto imediatamente para o pronto socorro, se não posso melhorar sua condição de saúde. Com relação à consulta de odontologia, também se faz este mesmo processo, só que não se realiza a primeira atenção às urgências por falta de equipamento e material odontológico para trabalhar.

Na UBS faz-se o atendimento às crianças, atualmente 43 crianças menores de um ano são acompanhadas, sendo a cobertura 100%, com base na estimativa do caderno de ações programáticas (CAP). Os atendimentos são realizados duas vezes na semana, neste se faz a puericultura e atualização do esquema de vacinação de cada criança. Se em algumas das consultas realizadas de acordo com o programa detecta-se alguma anormalidade em seu desenvolvimento é imediatamente enviada ao pediatra para ser avaliado.

Acredito que poderíamos integrar mais outros colegas da unidade para as consultas de puericultura, por exemplo, o assistente social para que as atividades que se realizam na UBS sejam de seu conhecimento e veja a importância desta consulta, assim serviria de ponte na comunidade para que se tenha uma maior integração familiar nas consultas programadas. Aumentar a participação mais ativa do pessoal no atendimento de puericultura em minha unidade de saúde.

O CAP estima 54 gestantes na área de abrangência, mas, 17 são acompanhadas, logo, a cobertura do atendimento de pré-natal, é 31%, é realizado toda segunda-feira no horário da tarde. O atendimento é realizado por uma equipe de saúde, integrada por Enfermeiro, Médico clínico geral ou de família, Nutricionista, Odontólogo, Técnico/auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário durante a captação. Em seguida encaminham-se as gestantes para as consultas de avaliação pelo Psicólogo e Médico Ginecologista-obstetra na secretária de saúde do município. Em cada consulta realizada as gestantes saem com sua próxima consulta agendada. E a cada trimestre de gravidez são avaliadas novamente por nossa equipe de saúde.

Na UBS onde trabalho segue-se o protocolo de atendimento de pré-natal do Ministério da Saúde, mas também nos guiamos pelo que se criou pela Secretária

Municipal de Saúde no ano de 2010, um protocolo baseado nas características do município, que consiste em que todas as gestantes ao cumprir 30 semanas, terão sua gravidez avaliada e seguida pelo ginecologista-obstetra até o término de sua gravidez. A cada segunda-feira da semana fazemos atividades educativas que orientam, aconselham e ajudam no cuidado com as gestantes de acordo às consultas programadas.

A maior parte das gestantes faz a atenção Pré-natal em serviços médicos particulares e não utilizam os serviços de nossa unidade de saúde. Mas isto não quer dizer que as grávidas que são assistidas em nossa unidade recebam atenção pré-natal inadequada segundo o protocolo de atenção pré-natal do Ministério da Saúde.

O controle de câncer de colo do útero, com cobertura de 512 (52%), é realizado em dois dias da semana com todas as mulheres que desejam ou tenham fatores de risco de acordo com o programa. Todos estes casos são registrados e monitorados para novamente repetir e ter controle das mulheres que não o realizam faz tempo. Acredito que seria interessante propor a busca ativa das faltosas aos exames agendados, busca ativa de mulheres que não realizam citopatológico há mais de 3 meses nos diferentes grupos de mulheres a cada quinze dias ou mensalmente. Onde se abordassem dúvidas das mesmas com relação a esta patologia, fatores de risco, hábitos alimentares, a importância do controle para prevenir esta doença. Com apoio dos assistentes sociais, psicólogo, nutricionista e uma participação mais ativa de minha parte. Até agora temos 100% de seguimento das mulheres com exame alterado.

Em minha unidade são realizadas ações de rastreamento do câncer de mama (exame clínico de mamas e /ou solicitação de mamografia) todos os dias da semana. Não temos registro para levantar o controle das mulheres que fazem este exame em minha unidade, de acordo com o caderno de ações programáticas estimamos cobertura de 28%. Além disso, fazemos um rastreamento oportuno, não é realizado o registro de ações no que concerne ao controle do câncer de mama totalmente. Temos um controle fraco, pois as 102 mulheres com este exame feito foram do outro programa onde se aproveitou e lhes indicou a mamografia como maneira de pesquisar esta doença por estar na idade de risco.

A sugestão para mudar e melhorar seria primeiramente reunir-me com minha equipe básica para ter bem o número de mulheres compreendidas no

programa, para ter uma ideia do total. Depois propor um responsável para levar o controle deste programa que junto comigo verificaria a cada 15 dias ou mensalmente a cobertura e qualidade da atenção à demanda de controle de câncer de mama, assim como realizaria o registro dos resultados. Propor busca ativa da incidência e prevalência dos fatores de risco para o câncer de mama em todas as mulheres que realizam as ações de rastreamento em nossa UBS com apoio dos assistentes sociais.

Na unidade de saúde, fazemos atendimento de adultos com HAS (estima-se pelo CAP cobertura de 52%, pois, 418 pessoas são acompanhadas) e DM (estima-se cobertura de 37%, pois, 84 pessoas são acompanhadas) todos os dias da semana, também estamos fazendo classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos portadores com risco de apresentar estas doenças. Fazemos orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores de HAS e/ou DM da área de cobertura, controle do peso corporal de estímulo à prática regular da atividade física, orientamos sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, ações que orientem sobre os malefícios do tabagismo mensalmente com os grupos. Temos dificuldade porque não temos arquivo específico para os registros dos atendimentos dos adultos com HAS e DM.

Como sugestão para melhorar a atenção médica, seria fazer uma busca ativa de pessoas com alto número de fatores de risco e tratar de integrar a nosso grupo de trabalho a psiquiatra. Fazer um registro específico para os atendimentos dos adultos com HAS. Fazer mas atividades de grupo que estimulem à localidade para conseguir uma totalidade completa de todos os hipertensos de minha unidade.

Aumentar o número de ações desenvolvidas em minha UBS no cuidado aos adultos portadores de DM como o diagnóstico e tratamento do alcoolismo e reforçar as cumpridas até agora. Fazer uma atualização sobre como reconhecer sinais de complicações do DM para meu pessoal de saúde. Não só realizar as atividades com grupos de adultos com DM em minha unidade, mais também fazer em outros lugares de comunidade para estimular o maior número de pessoas a integrar ao grupo.

Em minha UBS realiza-se atendimento de idosos todos os dias da semana, acontece em todos os turnos. Participam do atendimento Assistente Social, Enfermeiro, Técnico/auxiliar de enfermagem e o médico. Além das consultas programadas, temos demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos. Fazemos muitas ações no cuidado dos idosos: imunizações, promoção da

atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral entre outras. Eles têm acesso ao atendimento nas especialidades que precisam e encaminhamento para internação hospitalar. Não temos registros específicos para os atendimentos dos idosos, o CAP estima que há 492 idosos na área de abrangência, cerca de 293 são acompanhados, nesse caso a cobertura é 60%.

Penso que contar com um arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos, nos permitiria um melhor conhecimento e controle deste grupo da população. Incorporar a avaliação da Capacidade Funcional Global do idoso para dar uma melhor qualidade às minhas consultas.

Meu maior desafio em minha USB parte de conseguir uma melhor unidade estrutural com todos e as condições para conseguir uma melhor atenção e comodidade da comunidade. Mediante reuniões comunitárias lhes fazer saber a importância de conseguir a mudança. Conseguir uma maior integração da população aos programas e atividades de promoção e prevenção de saúde, estabelecidos por cada programa nacional de saúde. Conseguir conhecer o total populacional para assim ter um maior controle e saber sobre que idades posso exercer ações de saúde com o apoio dos assistentes sociais

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

Após terminar esta unidade e comparar com os primeiros comentários escritos em "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?", posso dizer que na unidade em que trabalho é oferecido atendimento a todas as pessoas de diferentes grupos etários, mas acredito que esta atenção tem possibilidade de melhorar agora que conheço com mais profundidade como funciona verdadeiramente uma USB, graças a este curso.

Na análise situacional foi possível identificar as fragilidades do serviço, conforme o caderno de ações programáticas evidencia, bem como as necessidades da população, servindo como uma radiografia do serviço, embasando para escolha do foco no qual realizarei a intervenção. Também me possibilitou atuar "em saúde" conforme necessidade da população através da estrutura, processo e resultados

que não podem ser dissociados para a avaliação dos serviços, que muitas vezes não são levados em conta pelos profissionais.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL a, 2013).

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL a, 2013).

O Diabetes Mellitus (DM) é hoje um dos maiores problemas de saúde em todo o mundo. Atualmente, mais de 250 milhões de pessoas convivem com a doença, mas espera-se que este número chegue a 380 milhões, em 2025. Apenas no Brasil, 12 milhões de pessoas têm diabetes, e muitas ainda nem foram diagnosticadas (BRASIL b, 2013).

O projeto de intervenção tem como objetivo o controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus e seus fatores de risco e complicações na população assistida, auxiliando na redução do impacto social e econômico decorrentes do seu contínuo crescimento com a prevenção e identificação oportuna e tratamento adequado da doença e suas complicações. Ao definir essa ação programática como prioridade, a equipe considerou a importância do problema e capacidade para enfrentá-lo, já que depois da análise realizado na minha unidade, pude ver que os indicadores de qualidade deste programa são bons, entretanto, a cobertura 418 (52%) hipertensos e 84 (37%) diabéticos está muito abaixo das estimativas. A equipe considerou ainda

o sub diagnóstico de pessoas com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, como o principal motivo da escolha, visto que a falta de controle desses agravos e seus fatores de risco pode levar a complicações como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal e Pé Diabético. A equipe de saúde há tempo quer implementar estratégias para melhorar a qualidade da atenção destes usuários e com este projeto de intervenção temos a oportunidade de trabalhar para alcançar os objetivos propostos pelo programa.

A UBS Zona Sul tem uma recepção, uma sala de espera, um consultório, uma sala de vacina, uma sala de curativos, uma cozinha e dois banheiros (um para usuários e outro para funcionários). A equipe está composta por médico geral, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um auxiliar de limpeza, um odontologista, uma auxiliar em saúde bucal e três agentes comunitários de saúde. Tem placa de identificação na entrada da UBS, possui rampas e corrimões que permitem o acesso de pessoas portadoras de deficiências físicas. As doenças mais frequentes são as patologias crônicas como a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, é uma população com um alto índice de doenças dislipidêmicas e sedentarismo. Minha população é rural com aproximadamente tem 3.600 habitantes.

Possui um total de 3600 habitantes na área adstrita, com um total de 1.267 famílias cadastradas até o momento. Na população da área 1757 são homens e 1843 mulheres. Para uma cobertura 94% da população registrada em minha unidade de saúde. É uma comunidade acostumada a comer com muita gordura nas comidas, com um alto índice de Doenças Dislipidêmicas e sedentarismo. Acredito que a minha comunidade começou a melhorar seus indicadores de saúde desde que comecei a trabalhar na unidade. Com um médico geral assistindo diariamente e oferecendo uma atenção medica de maior qualidade que antes oferecidas por médicos contratados pela prefeitura. O município Pinheiro Machado apesar de contar com um hospital e um centro de referência oftalmológico é difícil o acesso da população aos serviços médicos oferecidos por esses centros. Em minha equipe de saúde familiar geralmente enfocamos nosso trabalho de promoção identificando os principais fatores de risco existentes na comunidade e encaminhamos o trabalho para reduzir os casos. Diminuir o consumo de sal, maus hábitos alimentares, tabagismo, alcoolismo, sobrepeso, sedentarismo não deve faltar como meta em nosso atuar diário como equipe que tem um vínculo estreito com a população. Como equipe de saúde familiar temos sempre trabalhamos não só de forma individual, mas

também de forma coletiva porque geralmente quem procura a unidade são as mesmas pessoas e as demais ficam sem o seguimento correto. Temos 418(52%) de cobertura em hipertensão e 84(37%) de diabéticos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, na UBS Zona Sul, Pinheiro Machado/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1 e 1.2 Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1 e 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Meta 2.3 e 2.4. Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 e 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7 e 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

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

Meta 3.1 e 3.2. Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 e 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Meta 5.1 e 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1 e 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos

Meta 6.3 e 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 6.5 e 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 6.7 e 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na **Zona Sul, Pinheiro Machado/RS**. Participarão da hipertensos e diabéticos usuários da unidade.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a Cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos**Metas: 1.1 e 1.2**

Cadastrar 85% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**Ações:**

-Cadastrar todos os usuários com DM e HAS da área de cobertura da unidade de saúde.

-Monitorar a cobertura dos usuários com DM e/ou HAS mensalmente.

Detalhamento das ações:

O cadastramento será realizado pelos agentes comunitários de saúde, e a cada fim de mês nós faremos uma revisão da cobertura para avaliar os indicadores e quanto nos falta para alcançar a meta proposta. Avaliaremos as dificuldades e fortaleceremos o controle pelos responsáveis que serão as técnicas de enfermagem e o médico na UBS.

Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**Ações:**

-Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

-Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

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

Detalhamento das ações:

A enfermeira junto com a técnica de enfermagem vai fazer um registro com todos os hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa até agora. Entre as informações inseridas no registro estão Nome, idade, doença, tratamento.

Os ACS ficarão responsáveis por trazer os registros de hipertensos e diabéticos que tem registrados.

A enfermeira ficará responsável de Capacitar os auxiliares de enfermagem e os ACS em o salão de reunião, duas vezes à semana por uma hora as segunda e sexta feria. E supervisionar, de forma permanente os usuários registados, para melhorar o acolhimento para os portadores de HAS e Diabetes.

Nossa equipe de saúde fará a verificação dos equipamentos necessários para a identificação das doenças na unidade como (esfigmomanômetro e para realização do hemoglicoteste na unidade).

Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

-Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Detalhamento das ações:

As orientações para a comunidade serão feitas mediante as visitas domiciliares todas as terças feiras, conversas na unidade e durante as consultas. Toda equipe de Saúde ficará responsável por estas atividades.

Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**Ações:**

-Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

-Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento das ações:

O médico e a enfermagem farão duas conversas educativas e atuais sobre os principais fatores de riscos de estas doenças, sinais e sintomas. Uma vez por semana em as reuniões de equipe.

Avaliar e controlar o uso de uma boa técnica para verificação da pressão arterial de forma criteriosa e realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg por nossa equipe de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos**Metas: 2.1 à 2.8**

-Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

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

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

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

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações:

O Médico e enfermeira serão responsáveis por monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos, será feito todos os dias da semana.

Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

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

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

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

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

-Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

-Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e hipertensos.

-Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações:

-A técnica de enfermagem medirá a pressão arterial junto com o peso e altura a cada usuário agendado.

-A enfermeira preencherá o formulário das pessoas com fatores de risco e PA elevada e também irá fazer o hemoglicoteste.

- O médico realizará palestras atuais do protocolo uma vez por semana a toda equipe de saúde.

- A enfermeira e o médico em todas as semanas procurarão manter os registros atualizados

- A equipe de enfermagem imprimirá os protocolos para uso de todo o pessoal da UBS.

Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

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

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

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

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

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

Detalhamento das ações:

Serão realizadas atividades em grupo, bem como os ACS serão capacitados para orientar e informar os membros da comunidade.

Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

-Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

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

-Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

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

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

Detalhamento das ações:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

O médico é o principal junto com a enfermagem os principais participantes e responsável de capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado a primeira semana do trabalho.

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

Metas: 3.1 e 3.2

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

Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

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

Detalhamento das ações:

-O médico e enfermeira juntos farão o monitoramento das consultas previstas ao final da semana. Cada sexta feira comparamos a assistência de acordo ao protocolo dos usuários agendados, antigos ou novos.

Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

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

Detalhamento das ações:

Uma vez por semana a equipe de saúde indicará a quantidade do faltosos a consulta, e irá fazer a visita para agenda uma nova consulta.

Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

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

Detalhamento das ações:

Toda equipe de saúde será responsável de fazer às orientações em seu posto de trabalho todos os dias.

Realizar orientação individual aos usuários durante consulta médica quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. A ser realizador pelo médico.

A enfermagem ao fazer o registro ou fazer avaliação do risco cardiovascular fizera as orientações sobre a importância das consultas de acordo ao protocolo.

Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

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

Detalhamento das ações:

-A enfermeira irá fazer uma vez por semana a orientação a os ACS.

Em cada reunião de equipe, tem um tempo para capacitação dos profissionais sobre os protocolos adotados pela unidade de saúde

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações**Metas: 4.1 e 4.2**

Metas 4.1. e 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**Ações:**

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

Detalhamento das ações:

O médico e a enfermeira serão os principais responsáveis. O registro será feito pela enfermeira diariamente com cada usuário agendado, ao final da semana será monitorado e avaliado o registro dos usuários que compareceram à consulta médica junto com a enfermagem.

Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**Ações:**

-Manter as informações do SIAB atualizadas.

-Implantar a ficha de acompanhamento.

-Pactuar com a equipe o registro das informações.

-Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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

Detalhamento das ações:

A enfermagem junto com a técnica será responsável de levar o controle e registrar os usuários com diabetes e hipertensão diariamente.

Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**Ações:**

-Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e ou diabético.

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

Detalhamento das ações:

Toda nossa equipe de saúde tem que conhecer o registro que estamos fazendo dos usuários hipertensos e diabéticos, assim como adequado preenchimento. A enfermagem ficará responsável pela capacitação a respeito dos registros.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular**Metas: 5.1 e 5.2**

Meta 5.1. e 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**Ações:**

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

Detalhamento das ações:

A enfermagem junto com a técnica de enfermagem serão às responsável do fazer o monitoramento semanal dos usuários.

Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**Ações:**

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

Detalhamento das ações:

O recepcionista receberá as orientações para priorizar o atendimento destes usuários encaminhando-os para enfermeira e a técnica de enfermagem.

Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**Ações:**

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

Detalhamento das ações:

Todo o equipe de saúde participara e será responsável. O médico fará conversas educativas, os agentes comunitários informando e orientando sobre a importância do controle dos fatores de riscos.

Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**Ações:**

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

Detalhamento das ações:

O médico junto com a enfermeira irão orientar todo o pessoal de saúde, mediante conversas em reuniões como fazer uma melhor avaliação e seguimentos destes usuários.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. e 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Meta 6.3. e 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 6.5. e 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 6.7. e 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

-Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

-Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

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

Detalhamento das ações:

-A enfermeira fizera um controle sobre a realização de orientação sobre os risco do tabaquismo perguntando a os pacientes que vem ao posto médico.

- Odontologista irá dar as orientações sobre a higiene bucal mediante o atendimento individual e coletivo aos usuários.

- O médico junto com a enfermeira serão responsáveis pelo controle das orientações aos usuários.

Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**Ações:**

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento das ações:

- Convidar a nutricionista a participar em estas nova labor uma vez por semana junto a todo o pessoal médico. A enfermagem e responsável.
- A enfermagem tratara de coordenar a participação de educador físico para melhorar o conhecimento da importância de fazer atividade física.
- A enfermeira e o médico tem fazer as coordenações para ter o tratamento do abandono ao tabagismo na secretaria de saúde.
- O odontologista junto com sua assistente fizeram uma avaliação de quanto tempo em geral precisam para cada consulta.

Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**Ações:**

- Orientar hipertensos e ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

-Orientar os hipertensos tabagistas e os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

-Orientar os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento das ações:

-Todo o equipe de saúde ficara responsável para orientar corretamente à comunidade sobre a alimentação.

-Os agentes comunitários diariamente em suas visitas a comunidades levaram as corretas orientações corretas de atividades físicas.

-Todo o equipe de saúde participara de maneira ativa orientando e informando sobre a existência e importância de abandonar o tabaquismo.

-O odontólogo junto com sua assistente informaram a o pessoal de nossa comunidade com conversas, reuniões sobre a importância da higiene bucal.

Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

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

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

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

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

-Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

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

-Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento das ações:

-O Nutricionista realizará conversa uma vez por semana melhorando o conhecimento da equipe de saúde sobre alimentação saudável.

-A enfermagem coordenará a capacitação do pessoal da unidade de saúde, por um educador físico em a secretaria de saúde.

-O médico mediante conversas educativas orientara semanalmente ao pessoal de sua Unidade, sobre as condutas para melhorar a saúde em geral de a comunidade.

-Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal. O odontólogo informara a todo o equipe sobre às orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Metas relativa ao Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

Meta 1.2. Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Metas relativas ao Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1. Proporções de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Metas relativas ao Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa Hipertensão Arterial e Diabetes vou adotar o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013 (BRASIL a, BRASIL b, 2013). Utilizaremos o Prontuário clínico onde são registrados os atendimentos dos adultos com HAS e DM. Com relação aos

registros específicos, na Unidade não utilizamos ainda a ficha espelho para a ação programática na qual pretendo intervir, mas, pretendo registrar as informações na ficha-espelho disponibilizada pelo curso.

A enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários com HAS e DM que chegarem ao serviço para a consulta de controle e reunião de grupo nos meses da intervenção. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para o registro. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais e tratamento médico.

A enfermeira junto com a técnica de enfermagem irão fazer um registro com todos os hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa até agora. Os ACS trarão seus registros para contribuir. A enfermeira irá capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente os usuários registrados, para melhorar o acolhimento das pessoas com HAS e Diabetes. Nossa equipe de saúde verificou os equipamentos necessários para a identificação das doenças na unidade como (esfigmomanômetro e para realização do hemoglicoteste na unidade). Os Agentes de Saúde informaram a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde diariamente.

O médico junto com a enfermeira irá capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades. Os agentes de saúde irão encaminhar à consulta os indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de uma diabetes com antecedente familiares e sintomas.

O médico irá realizar o exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos. Irá indicar todos os exames de acordo ao protocolo, a enfermeira junto com os agentes de saúde tem que levar o controle sobre a realização dos exames de cada usuário. A capacitação será realizada com todo pessoal da equipe, em atualização e conhecimento dos protocolos destas doenças. Para poder levar a comunidade uma maior orientação em quanto a riscos e complicações de estas doenças.

Para melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa, a enfermeira e os agentes de saúde levarão um controle sobre os faltosos a consulta, com uma busca ativa todas a sexta feira em a reunião de equipe. Onde temos que

planejar quais deles estão faltosos a consulta. Em cada reunião de grupo o médico junto a enfermeira informará a importância das consultas e sua periodicidade.

Para melhorar o registro das informações a nossa técnica de enfermagem será capacitada para que leve o registro de todos os usuários crônicos (HAS, DM). Iremos manter as informações atualizadas das pessoas cadastradas em relação ao número de consultas, tratamento, resultados das análises. Os Agentes de saúde irão orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Para mapear hipertensos e diabéticos com risco de doença cardiovascular a equipe utilizará a consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e morbidades, visando à estratificação do portador de hipertensão e diabetes. Além disso, a equipe irá orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. A médica e enfermeira farão conversas para esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

A Equipe de saúde vai desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade. Serão individuais ou em grupo com os usuários hipertensos e diabéticos. Iremos orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira. A assistente de odontologia e a enfermeira têm como tarefa orientar os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

2.3.4 Cronograma

3 Relatório da Intervenção

3.1 As ações previstas e desenvolvidas

As ações previstas no projeto de intervenção foram divididas em 04 eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

No eixo da avaliação e monitoramento foram solicitadas a Gestão do município as fichas espelho (Anexo A) para os hipertensos e diabéticos e foi implantada na UBS permitindo monitorar com maior eficácia, tanto a realização do exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos bem como o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais em dia e com acesso aos medicamentos da farmácia popular.

Durante a intervenção na primeira semana, a principal tarefa foi a capacitação da equipe e dos agentes comunitários de saúde, fiz duas conversas essa semana, junto ao nutricionista e psicóloga. Nas reuniões de equipe sempre as dúvidas foram discutidas, também apresentaram algumas consultas feitas para conhecer o atendimento correto às pessoas com HAS e DIAB (Figura1).



Figura 1 Reunião de Equipe. Fonte: Arquivos do especializando. USB Zona Sul/Pinheiro Machado-RS 2015

Conseguimos com a secretaria municipal de saúde que os cadernos do Ministério da Saúde sobre a hipertensão e diabetes (*Caderno nº 36 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus, 2013* e *Caderno nº 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013.*) ficassem disponíveis na unidade, ainda solicitei todos os exames laboratoriais de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, ainda adotamos a ficha espelho como forma de controle de nossos usuários.

Realizamos na primeira semana de intervenção uma reunião com a assistente de farmácia e a enfermeira sobre o controle dos estoques de medicamentos na unidade, decidimos atuar de forma conjunta, realizamos um levantamento do estoque e a data de validade dos medicamentos na unidade e registramos, ao longo da intervenção. Acompanhamos a realização do pedido de medicamentos, pois, é de extrema importância que o profissional medica tenha conhecimento dos medicamentos que estão à disposição na unidade na hora de prescrever um medicamento para um usuário, se o usuário sair com o medicamento da unidade as chances de adesão ao tratamento são muito maiores, por isso devemos sempre priorizar fármacos que estejam a nossa disposição.

Foi proposto ao gestor a possibilidade de comprar medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo, a importância e o efeito positivo na saúde em geral na comunidade. Mas, para fazer essa ação é preciso a capacitação da equipe de saúde para contar com estes medicamentos no município.

Todos os usuários crônicos de alto risco foram avaliados, primeiramente foram recebidos pela recepcionista os que estavam agendados ou encaminhados à UBS. Após serem avaliados novamente pela enfermeira, ela agendava para consulta no turno da tarde por ser o momento do dia que tenho menos atendimento. Dos momentos mais importantes para se dar as orientações quanto a cuidados com a alimentação, disponibilidade de medicamentos e seu uso além de informações sobre as possíveis complicações da hipertensão e do diabetes é durante a consulta, para isso é necessário estar aberto para ouvir as dúvidas e anseios dos usuários que estão em nossa frente e buscar dar resolutividade para seus problemas. Durante as consultas individuais dos meus usuários eu oriento quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, é sempre importante aproveitarmos as consultas para realizarmos estas atividades de educação em saúde, o empoderamento dos usuários sobre as condições e as implicações de suas enfermidades é a melhor forma de prevenir complicações futuras, as orientações muitas vezes parecem repetitivas, mas é sempre importante reforçar com os usuários e estar sempre aberto para dúvidas. Outra orientação que faz parte da rotina da consulta é a importância da periodicidade dos exames complementares, eles têm que entender que só assim teremos uma melhor condição de avaliar a sua real condição de saúde e definir assim a terapêutica a ser utilizada, quanto à escolha da terapêutica tenho o cuidado de prescrever medicamentos que estão disponíveis na unidade ou na farmácia popular, ainda oriento quanto à gratuidade para a retirada destes medicamentos na unidade e nas farmácias que têm o selo “farmácia popular”, creio que o acesso facilitado aos medicamentos tem permitido uma melhor adesão dos usuários ao tratamento.

Além da consulta outro momento importante são os grupos onde muitas vezes os familiares participaram ajudando na prevenção e promoção de saúde, neles podemos conversar de forma mais ampla sobre diversos temas transversais à hipertensão e diabetes, além de permitir a troca de experiências entre os usuários, procurei sempre atender da forma mais integral possível as demandas que me apresentavam tanto nas consultas quanto nas atividades de grupo, novamente as

orientações quanto as complicações da hipertensão e diabetes estão presentes bem como informações sobre o acesso aos medicamentos e a importancia dos exames complementares, o bom das atividades em grupo que as orientações são realizadas por toda a equipe o que de certa forma reforça a importancia perante as pessoas, alem de ser um momento de troca de experiencias entre os usuarios. Um problema que enfrentei na realização de atividades coletivas foi a falta de estrutura física da unidade, a falta de espaço para a realização de grupos me obrigou a buscar junto à comunidade um espaço para podermos realizar as atividades coletivas de prevenção e promoção em saúde, consegui com o padre de uma igreja na comunidade o empréstimo do salão (Figura 2).



Figura 2 Atividades de Grupo no Salão da Igreja. USB Zona Sul/Pinheiro Machado-RS 2015

A maior dificuldade que encontrei foi a falta de odontologista quase todo o tempo de intervenção, isto dificultou a atenção integral aos usuários. Não foi possível fazer corretamente a Capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal, por que nós tivemos problemas com assistência à saúde bucal, para dar ferramentas para fazer o melhor possível esta ação. Embora eu tenha dado algumas orientações sobre a saúde bucal, mas, o ideal seria a atuação do

odontólogo. Ao final depois de tanto falar com o secretário de saúde e o gestor de saúde conseguimos o apoio de um especialista para não deixar a nossa comunidade sem seu apoio assistencial.

Outra dificuldade que encontrei foi a demora na realização dos exames complementares, isto impossibilitou muitas vezes a adequação da terapêutica dos usuários. A busca ativa foi uma dificuldade devido à falta de organização no começo da intervenção. Mas, pouco a pouco consegui diminuir o número de faltosos nas atividades, conversando com eles sobre a importância de serem acompanhados e de comparecerem as consultas nos dias agendados, tivemos que pensar em novas estratégias para a busca dos faltosos no decorrer da intervenção, como através de ligação telefônica que ajudou muito o comparecimento dos usuários, além da colocação de cartazes na frente da unidade, quando houve a mudança da unidade.

Em conversa com a Enfermeira discutimos sobre a importância de seguirmos o protocolo do Ministério da Saúde e de estarmos sempre atualizados. Um momento que é muito importante para trabalharmos essas atualizações e discutirmos os protocolos e casos específicos de usuários é a reunião de equipe, já estamos planejando um calendário com estas reuniões e temáticas para trabalharmos nelas.

3.2 As ações e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram realizadas.

3.3. Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A coleta de dados foi relativamente tranquila apenas demandava maior tempo durante a consulta para a realização dos diversos registros, a maior dificuldade foi lidar com a planilha de coleta de dados. Consegui superar as dificuldades do registro na planilha de coleta de dados com ajuda da enfermagem e orientadora que me indicava nos nossos diálogos onde eu estava errando, o aprendizado durante este tempo foi muito rico.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Creio que as ações desenvolvidas durante a intervenção já estão integradas a rotina da unidade, agora com uma equipe completa vou conseguir dar continuidade as ações e melhor ainda mais a cobertura de atendimento a hipertensos e diabéticos. A minha equipe de fato, está aceitando bem a incorporação das práticas que desenvolvi ao longo das doze semanas na rotina da unidade, e não somente a equipe como a gestão municipal já está ciente e disponibilizando o material necessário como as fichas espelho para a continuidade da intervenção.

Muitas das ações realizadas na intervenção ajudaram a melhorar o atendimento em geral na UBS, sendo tomado como base para continuar o mesmo em outros grupos onde também é importante trabalhar para seu desenvolvimento e integração aos programas de saúde nacionais.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1 e 1.2: Cadastrar 85% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Na área adstrita da minha equipe temos uma estimativa de 3.610 usuários e destes aproximadamente 549 são hipertensos com 20 anos ou mais, de acordo com o VIGITEL, 2011. No primeiro mês de intervenção foram atendidos 141 hipertensos (25,7%), no segundo mês 218 foram cadastrados que equivale a (39,7%), e no terceiro mês com um total de 351 usuários hipertensos com 20 anos ou mais cadastrados uma proporção de (63,9 %), conforme a Figura 1.

A meta de cobertura era de 85% para hipertensos, atingindo-se ao final da intervenção, 351 (63,9%) hipertensos com 20 anos ou mais. Devemos sempre ter como objetivo principal alcançar uma cobertura 100% mas minha meta foi chegar aos 85%. O número dos usuários cadastrados à medida que foi passando o tempo melhorou. A principal dificuldade foi não fazer o projeto no tempo ao princípio acordado em 4 meses, neste caso acho que a meta proposta poderia ter sido atingida completamente. Ademais, creio que nos próximos meses estaremos em 100% de cobertura Estes bons resultados foram possíveis através da implementação de ações nos quatro eixos; avaliação e monitoramento e organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica e engajamento público.

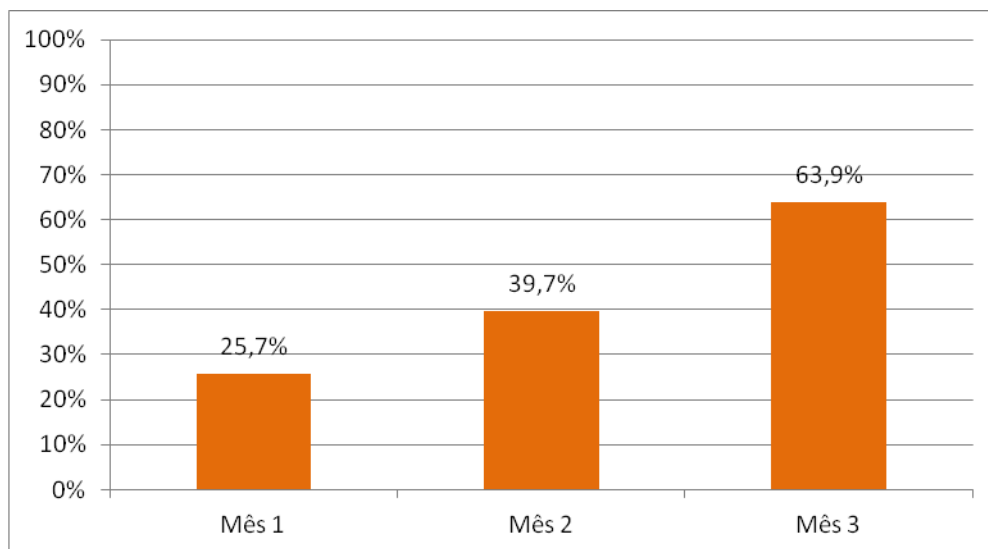


Figura 3- Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015. Fonte de dados; Planilha de coleta de dados – UFPEL

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

Na área da minha equipe temos uma estimativa de 3.610 usuários e uma estimativa de 135 diabéticos com 20 anos ou mais, no primeiro mês de intervenção foram cadastrados de 28 usuários (20,7%), no segundo mês de o número de cadastrados foi de 37 (27,4%) diabéticos, no terceiro mês 72 usuários cadastrados 53,3% da população de diabéticos com 20 anos ou mais (Figura.2).

Finalizamos a intervenção sem atingir a meta pactuada de 85%, ao final chegamos a (53,3%) da cobertura diabéticos, Claro que devemos sempre ter como objetivo principal alcançar uma cobertura 100% mas minha meta foi chegar aos 85%. O número dos usuários cadastrados à medida que foi passando o tempo melhorou. A principal dificuldade foi não fazer o projeto no tempo ao princípio acordado 4 meses, neste caso acho que a meta proposta poderia ter sido atingida completamente. Ademais, creio que nos próximos meses estaremos em 100% de cobertura.

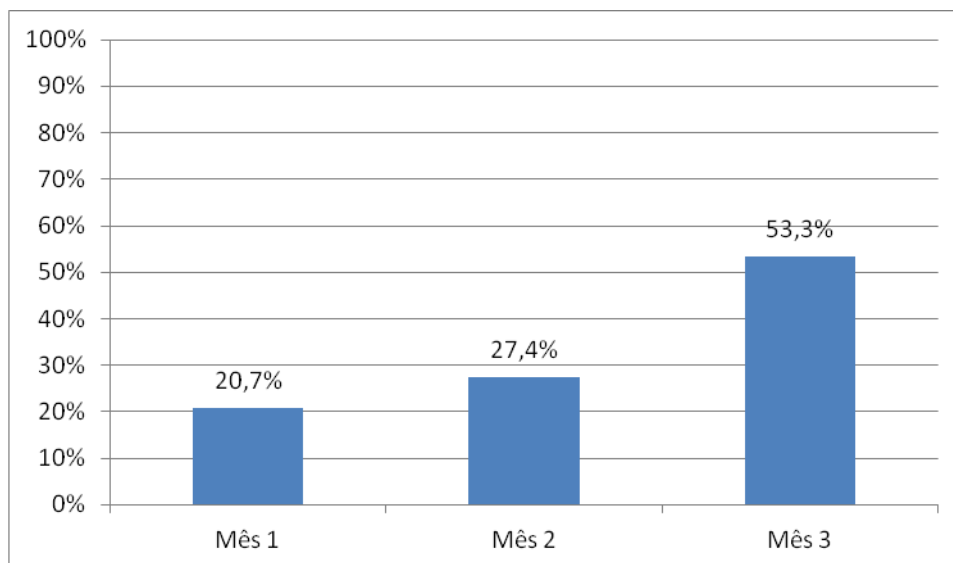


Figura 4- Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015. Fonte de dados; Planilha de coleta de dados – UFPEL

OBJETIVO 2. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Metas 2.1 e 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

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

Tivemos 141 cadastrados cujo exame clínico apropriado foi realizado em um total de 91 (64,5%) hipertensos no primeiro mês, no segundo mês cadastramos 218 hipertensos e destes 164 (75,2%) tiveram o exame clínico realizado de acordo com o protocolo, e ao final do terceiro mês de intervenção chegamos a um total de 277 usuários que tiveram o exame clínico realizado de acordo com o protocolo 78,9% (Figura 5).

A proporção de 78,9% só foi atingida no terceiro mês devido a intervenção não ser feita no tempo acordado no início, também muitos dos usuários não fazem seu atendimento na unidade de saúde. Mas apesar de não atingir a meta os resultados pouco a pouco foram melhorando. Ainda tem que se levar em questão a relação de vínculo com os usuários que se criou ao longo dos três meses que permitiu finalizar a intervenção com um resultado bom.

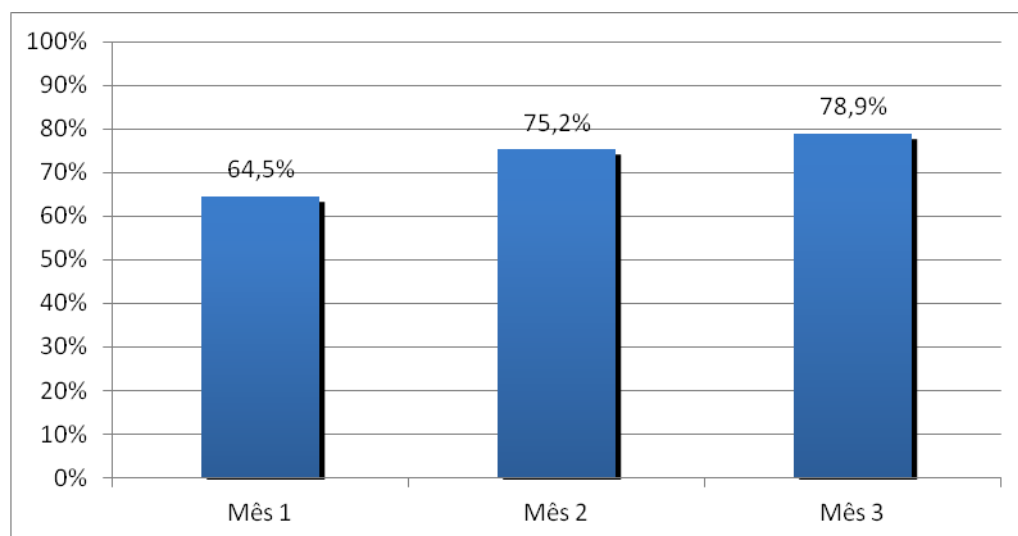


Figura 5. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados - UFPEL

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

No primeiro de intervenção dos 28 diabéticos cadastrados na unidade 17 (60,7%) tiveram o exame clínico realizado de acordo com o protocolo adotado, no segundo mês o número total de diabéticos cadastrados foi de 37 sendo um total de 26 (70,3%) com o exame de acordo com o protocolo, no final do terceiro mês de intervenção 72 diabéticos com 20 anos ou mais cadastrados sendo um total de 55 (76,4%), todos com o exame clínico realizado, de acordo com o protocolo (Figura 6).

Ao longo três meses conseguimos criar vínculo com os usuários e organizar o processo de trabalho para que ao final da intervenção se conseguisse melhorar os resultados, apesar de não cumprir-se o tempo acordado no projeto e ter usuários que não fazem atendimento na unidade de saúde.

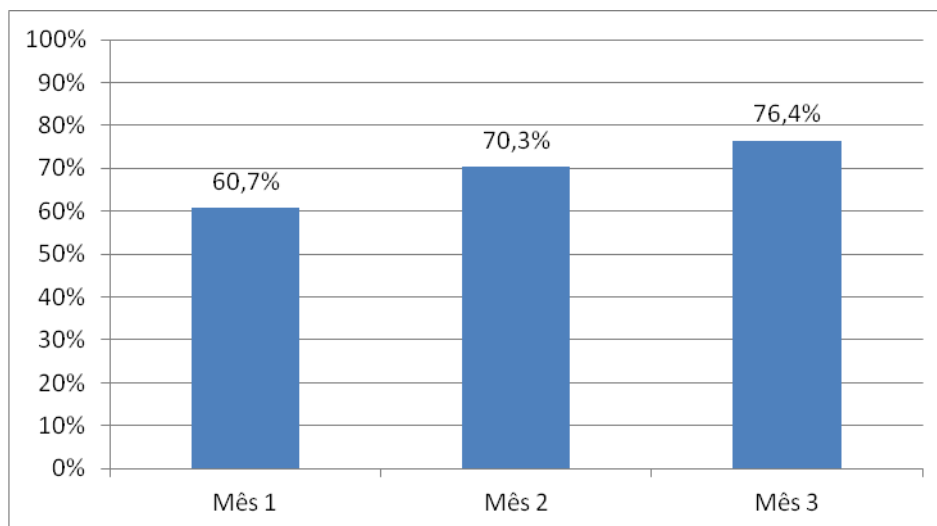


Figura 6. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015. Fonte; Planilha de coleta de dados - UFPEL

Meta 2.3 e 2.4: -Garantir a 100 % dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

No primeiro mês dos 141 hipertensos cadastrados 76 (53,9%) estavam com os exames complementares em dia, no segundo mês dos 218 usuários cadastrados 139 (63,8%) possuíam exames complementares em dia, finalizou-se a intervenção com um total de 351 hipertensos cadastrados sendo que destes um total de 241 (68,7%) possuíam os exames complementares em dia (Figura 7).

Em relação à meta de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, apesar de ter solicitado para todos os usuários devido à demora para marcação e realização dos mesmos até o fechamento deste relatório ainda não tinha o resultado dos exames de todos os usuários por isto não foi possível atingir 100%. Para a melhoria do indicador é necessário o gestor disponibilizar exames e resultado em menor espaço de tempo.

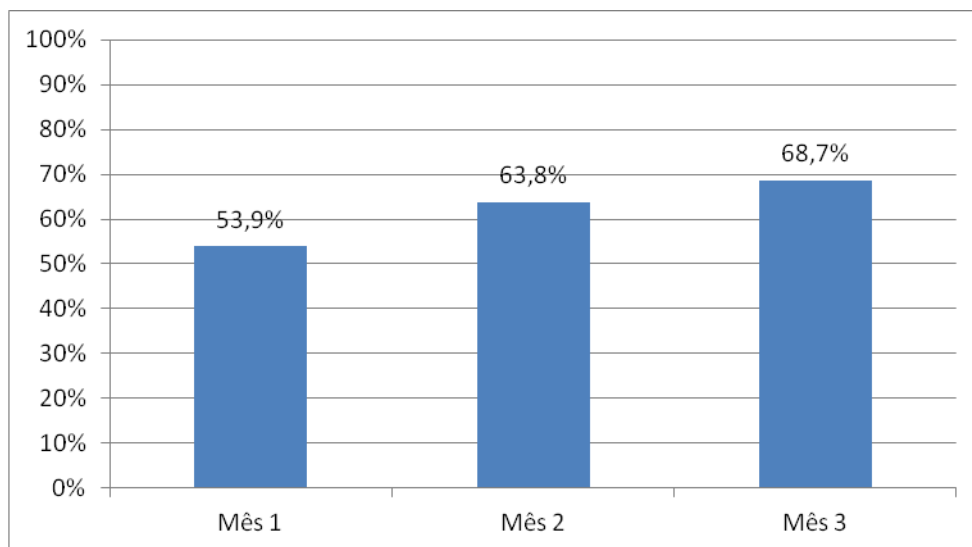


Figura 7. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015. Fonte; Planilha de coleta de dados - UFPEL

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

No primeiro mês de intervenção dos 28 diabéticos cadastrados com 20 anos ou mais, 18 (64,3%) estavam com os exames em dia; no segundo mês o número foi de 37 cadastrados e destes 27 (73%) estavam com os exames em dia, ao final da intervenção tive um total de 72 diabéticos com 20 anos ou mais cadastrados sendo que 55 estavam com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo adotado, atingindo uma proporção de 76,4% (Figura 8).

Em relação à meta de exames complementares em dia, apesar de ter solicitado para todos os usuários devido à demora na realização dos mesmos até o fechamento desse relatório ainda não se tenham os resultados dos exames de todos os usuários, não sendo possível alcançar a meta de 100%.

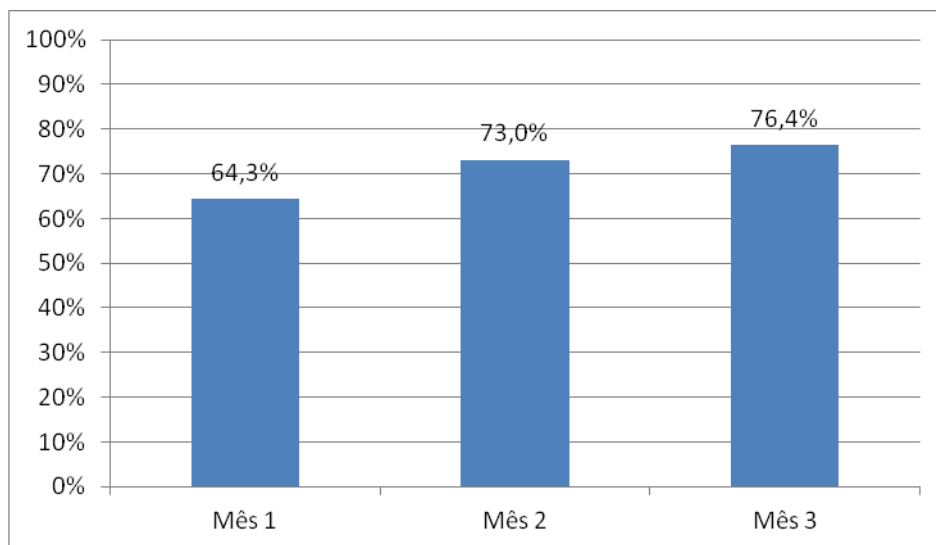


Figura 8. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados - UFPEL

Meta 2.5 e 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100 % dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 7 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

No primeiro mês de intervenção dos 138 usuários hipertensos 125 (96,6%) utilizavam medicamentos da farmácia popular, no segundo mês dos 211 cadastrados 194 (91,9%) estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular, ao final do terceiro mês o número de cadastrados era de 341 e o número de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular era de 323 (94,7%). (Figura 9)

A adequação da medicação é algo gradual, muitos usuários faziam uso da mesma medicação durante anos sem nenhuma adequação, para tal adequação muitas vezes são necessários exames complementares, outros levam tratamento só dietético que não decidi mudar se está controlado. Por estes fatores que a meta de 100% não foi atingida este foi um trabalho gradual, muitas vezes de convencimento do usuário que o medicamento que é fornecido na unidade ou na farmácia popular de forma gratuita tem o mesmo efeito que o medicamento pago.

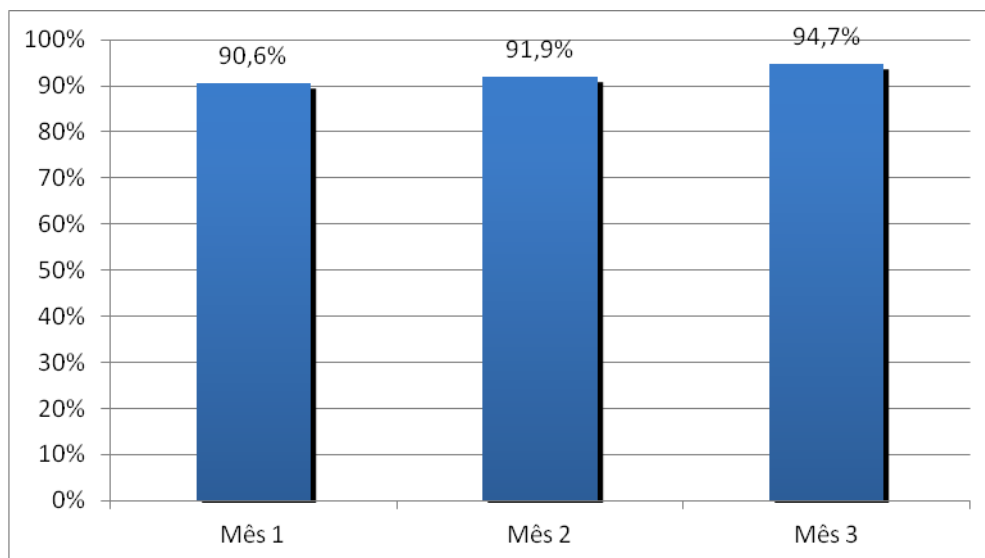


Figura 9. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015. Fonte de dados: Planilha de coleta de dados – UFPEL

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

No primeiro mês de intervenção dos 27 usuários diabéticos 23 (85,2%) utilizavam medicamentos da farmácia popular, no segundo mês dos 37 cadastrados 32 (86,5%) estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular, ao final do terceiro mês o número de cadastrados era de 71 e o número de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular era de 64 (90,1%). (Figura 10)

Como os medicamentos para diabéticos são mais restritos, diferente dos medicamentos utilizados para hipertensos, em sua maioria são prescritos medicamentos que estão disponíveis na unidade e ou na farmácia popular. Alguns usuários só realizam tratamento dietético, não gerando, assim, grandes dificuldades em relação à meta e outros levam tratamento por complicações crônicas da doença impedindo usar medicamentos da farmácia popular.

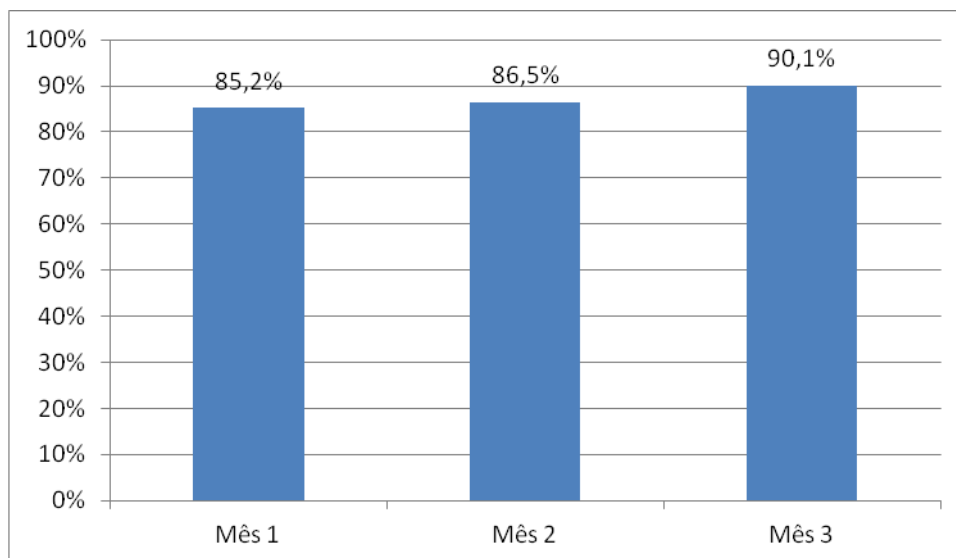


Figura 10. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015. Fonte de dados: Planilha de coleta de dados – UFPEL

Meta 2.7 e 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100 % dos hipertensos e diabéticos.

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

Ao final do primeiro mês de intervenção dos 141 usuários cadastrados 27 (19,1%) realizaram avaliação odontológica, no segundo mês o número de cadastrados era de 218 sendo que 27 (12,4%), ao final da intervenção tivemos um total de 351 hipertensos com 20 anos ou mais cadastrados e destes 96 tinham passado por uma avaliação da necessidade de atendimento odontológico atingindo uma proporção de 27,4% (Figura 11).

Esta meta não foi atingida devido a irregularidade com este serviço durante a intervenção, saída do antigo odontólogo por problemas no pagamento, ficando um especialista só fazendo urgências duas vezes por semana. Mas foi possível contar com atendimento continuado no serviço graças ao gestor de saúde a partir do último mês da intervenção. O novo odontologista tem vontade de cooperar, estando à disposição para ajudar nesta avaliação.

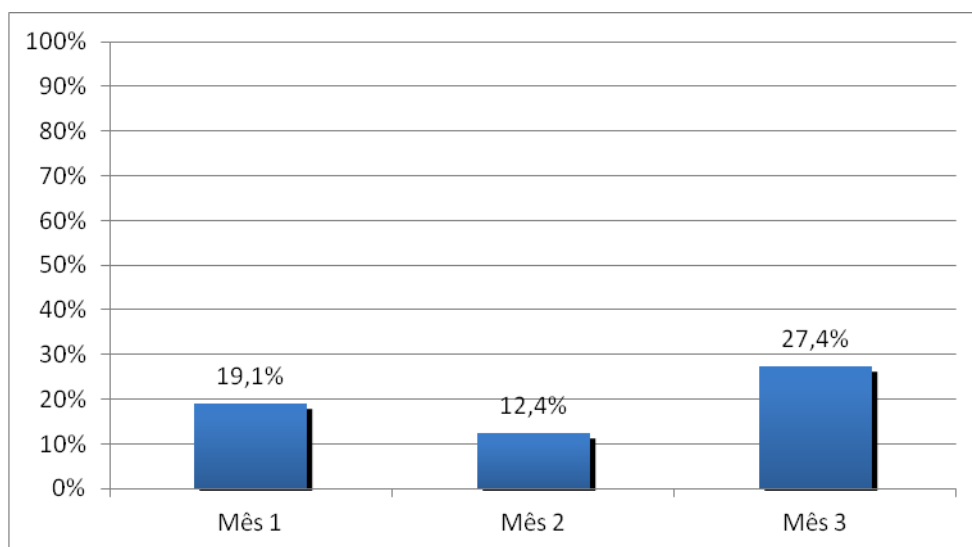


Figura 11. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015. Fonte de dados: Planilha de coleta de dados - UFPEL

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

No primeiro mês de intervenção tivemos um total de 28 diabéticos cadastrados sendo que 7 (25%) passaram por avaliação odontológica, no segundo mês dos 37 cadastrados 7 (18,9%), finalizei a intervenção com um total de 78 diabéticos com 20 anos ou mais cadastrados e destes 24 (33,3%) possuíam avaliação da necessidade de atendimento odontológico (Figura 12). Esta meta não foi atingida devido às razões já explicadas anteriormente.

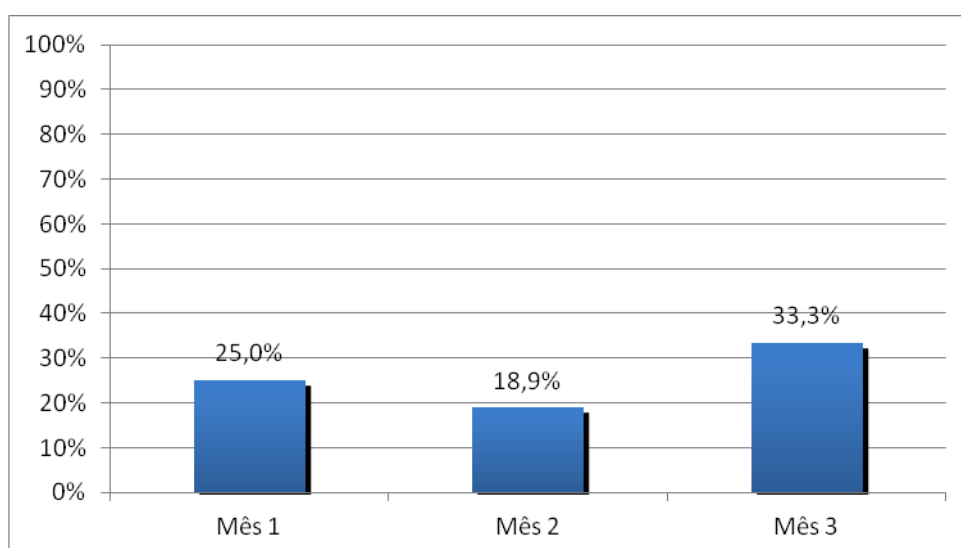


Figura 12. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados-UFPEL

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento aos hipertensos e diabéticos.

Meta 3.1 e 3.2: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Durante o primeiro mês de intervenção tivemos um total de 18 hipertensos faltosos a consulta e destes foi realizado a busca ativa para 15 (93,3%), no segundo mês o número de faltosos foi de 44 usuários e foi realizada a busca ativa 29 (65,9%), no terceiro mês finalizamos a intervenção com um total de 156 hipertensos faltosos e foi realizada a busca ativa de usuários 111 (71,2%) (Figura 3).

A busca ativa foi um dos problemas da intervenção, ao começo os dados estiveram de acordo com o esperado, mas por falta de um ACS ao final do segundo mês por problemas pessoais, também ao chegar de férias a unidade de saúde foi trocada de lugar impossibilitando a realização correta da busca ativa. Lembrando sempre que o período do projeto não foi feito no tempo acordado. Conteí com a ajuda da enfermeira da unidade todo o tempo. Utilizamos diferentes estratégias de busca ativa como cartaz na entrada da UBS com os nomes dos faltosos, telefonemas, surtindo um efeito positivo ao longo do último mês. Creio que agora com uma equipe completa novamente junto com as ações feitas vamos conseguir mudar este cenário e a busca ativa vai ser uma rotina incorporada nas ações da equipe.

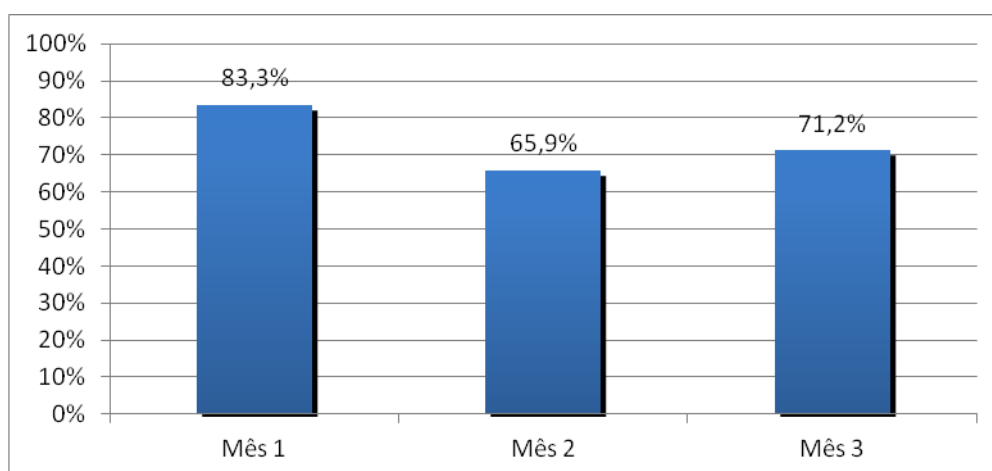


Figura 13. Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados-UFPEL

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

No primeiro mês de intervenção tivemos 5 usuários diabéticos faltosos a consulta e foi realizado a busca ativa de 4 (80%), no segundo mês de intervenção tivemos um total de 8 faltosos e destes realizamos a busca ativa de 5 (62,5%), no terceiro mês da intervenção com um total de 38 diabéticos faltosos e foi realizada a busca ativa de usuários 29 (76,3%) (Figura 4). A intervenção foi finalizada, buscando-se 76,3 % dos diabéticos, pelas razões explicadas anteriormente não foi possível atingir 100% de cobertura.

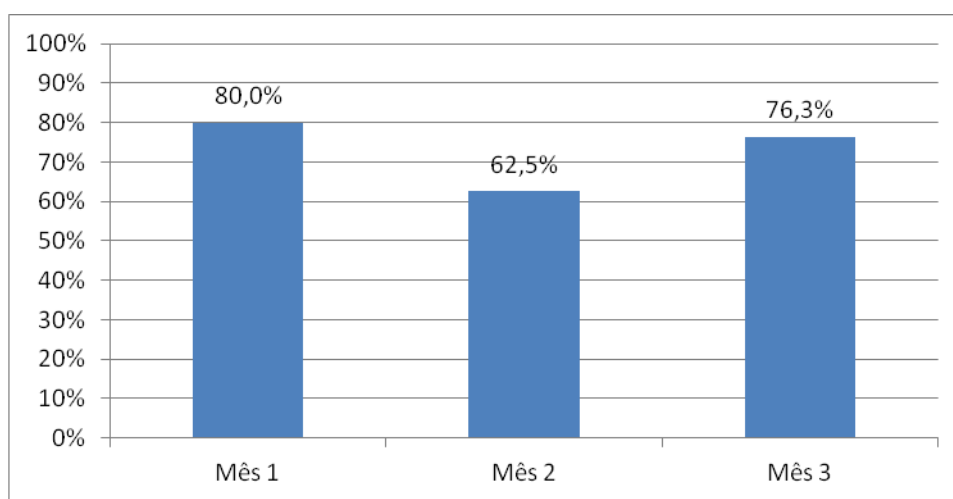


Figura 14. Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados-UFPEL

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos.

Metas 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100 % dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Dos 141 acompanhados no primeiro mês de intervenção um total de 117 (83%) estava com o registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês o número era de 218 cadastrados e 172 (78,9%) com o registro adequado, já no terceiro mês dos 351 hipertensos acompanhados um total de 300 (85,5%) estava com o registro adequado na ficha de acompanhamento (Figura 13).

O registro na ficha de acompanhamento é algo gradual, assim como a adequação dos medicamentos e a realização do exame clínico, por isso os dados foram progredindo de forma gradual apesar de não chegar à meta esperada, lembrando a mudança da unidade no terceiro mês da intervenção o que provocou quase duas semanas de trabalho irregular na unidade. Ressalto ainda que este registro na ficha de acompanhamento acaba por levar um tempo considerável e ainda existem outros documentos que nós profissionais da ESF temos que preencher, acontece que muitas vezes, a falta de tempo, devido a grande demanda acabamos por preencher de forma incompleta a ficha de acompanhamento, mas é um cuidado que temos que ter e incorporar a nossa rotina.

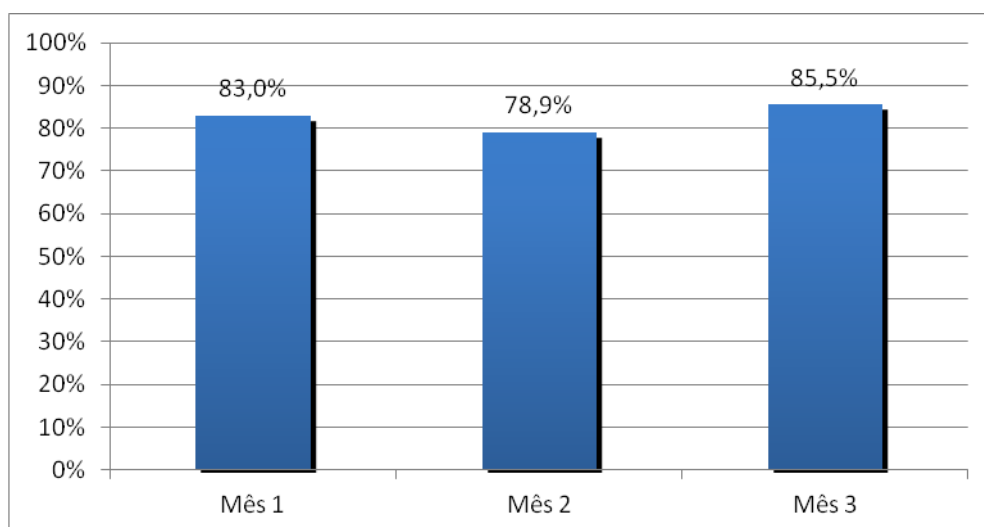


Figura 15. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados-UFPEL

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

Ao final do primeiro mês de intervenção dos 28 diabéticos acompanhados 23 (82,1%) estavam com o registro adequado na ficha de acompanhamento, já no segundo mês de intervenção o número de usuários acompanhados era de 37 sendo que destes 29 (78,4%) estavam com o registro adequado, no terceiro mês dos 72 cadastrados 59 (81,9%) possuíam registro adequado na ficha de acompanhamento (Figura 14). O registro na ficha de acompanhamento não atingiu 100% devido às razões explicadas anteriormente.

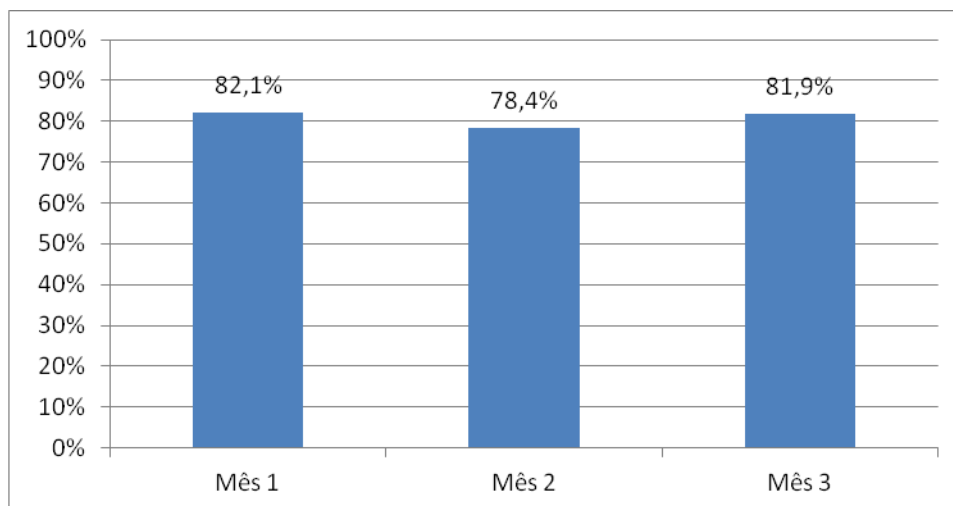


Figura 16. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados-UFPEL

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

Metas 5.1 e 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100 % dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Dos 141 hipertensos cadastrados no primeiro mês de intervenção, 105 (74,5%) estavam com a estratificação de risco cardiovascular em dia; no segundo mês o número de hipertensos acompanhados era de 218 e destes 181 (83%) possuíam a estratificação de risco cardiovascular, ao final do terceiro mês dos 351 cadastrados 290 (82,6%) estavam com a estratificação de risco cardiovascular em dia (Figura 15). A meta não foi alcançada porque ao fazer a mudança da unidade, tanto a enfermeira como a técnica de enfermagem que estavam como responsáveis principais de fazer todo o movimento e adaptação no novo ESF de saúde duas semanas, ficaram sem fazer esta tarefa como foi planejada. Lembrando também que não foi o trabalho durante o tempo assinado, podendo com tempo melhores estes resultados.

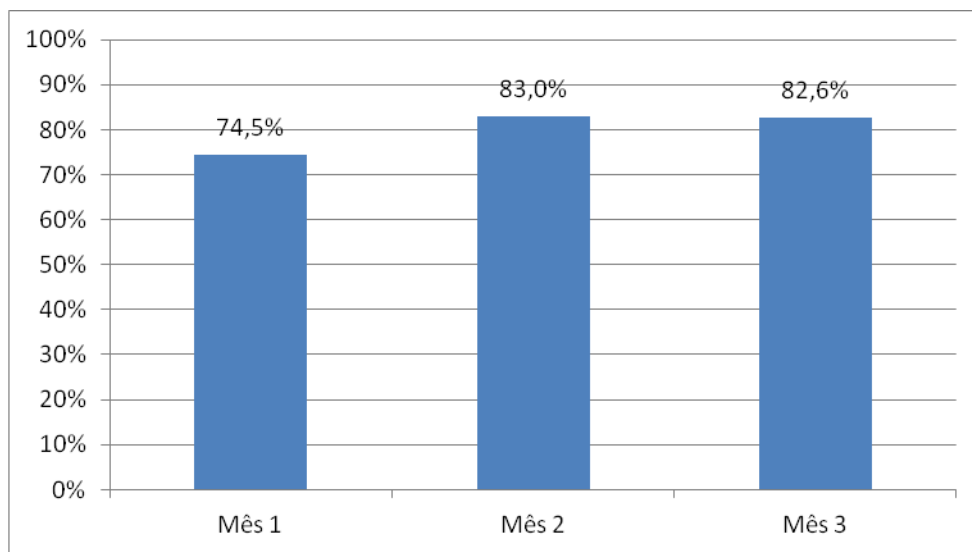


Figura 17. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados-UFPEL

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Ao final do primeiro mês de intervenção dos 28 diabéticos acompanhados 25 (89,3%) possuíam a estratificação de risco cardiovascular em dia, no segundo mês o número de acompanhados foi de 37 e destes 34 (91,9%) estavam com a estratificação de risco cardiovascular em dia, já no terceiro mês finalizou-se com um total de 72 cadastrados e deste 60 (83,3%) com estratificação de risco cardiovascular (Figura 16).

A meta não atingiu por que ao fazer a mudança da unidade, tanto a enfermeira como a técnica de enfermagem responsáveis desta tarefa, estavam como responsáveis principais de fazer todo o movimento e adaptação Na nova USB de saúde duas semanas, ficando esta tarefa sem fazer como foi planejada. Lembrando também que não foi o trabalho durante o tempo acordado, podendo com tempo melhoras estes resultados.

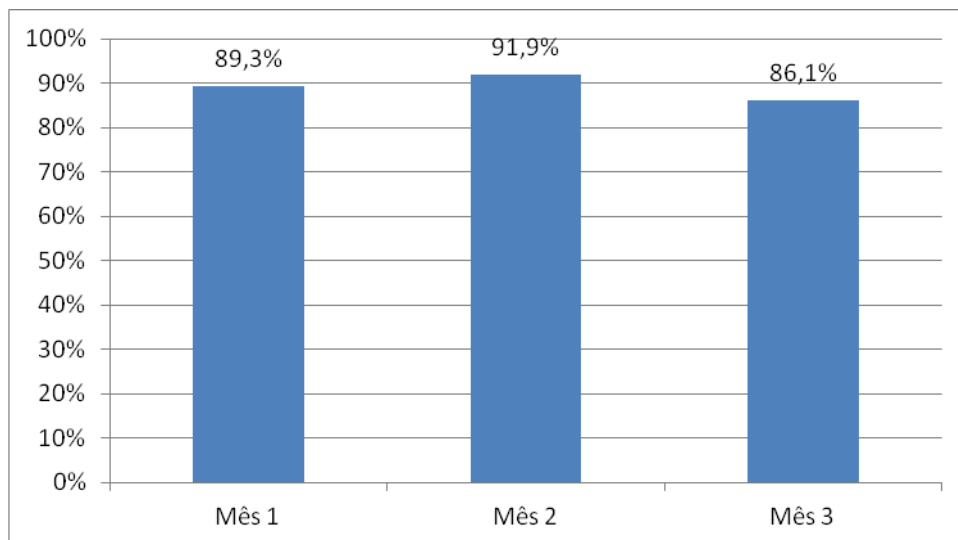


Figura 18. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados-UFPEL

Objetivo 6: Realizar ações de promoção da saúde voltada a melhorar saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1 e 6.2: - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos

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

No primeiro mês de intervenção tivemos um total de 141 acompanhados e destes 138 (97,9%) receberam orientação nutricional, no segundo mês o número de acompanhados foi de 218 de um total de 200 (91,7%) receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, já no terceiro mês de intervenção 304 (86,6%) hipertensos com 20 anos ou mais tinham recebido orientação nutricional sobre alimentação saudável (Figura 17).

A orientação sobre alimentação saudável tem que ser algo que esteja de acordo com a realidade que cada usuário vive, ao longo dos meses procuramos conhecer melhor alguns usuários e entender suas condições, bem como, criar um vínculo para assim ter maior eficácia nas orientações sobre alimentação. Ainda tivemos que melhorar este ponto, ficando baixo o terceiro trimestre devido a falta de alguns usuários não fizemos os grupos planejados semanalmente. Muitos deles trabalham no momento acordado ou moram distante da UBS.

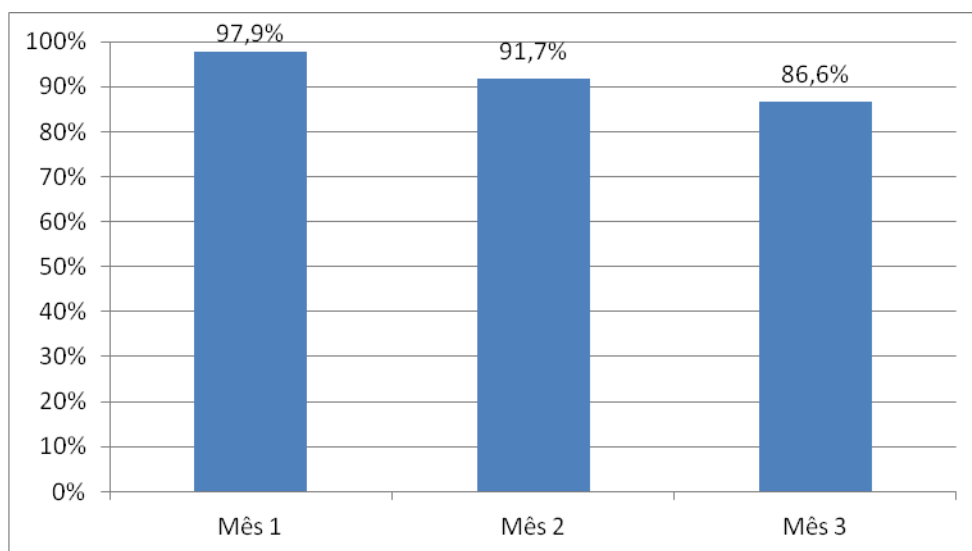


Figura 19. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados-UFPEL

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

Dos 28 diabéticos acompanhados no primeiro mês intervenção 27 (96,4%) receberam orientações sobre alimentação saudável, no segundo mês o número de cadastrados foi de 37 e destes 34 (91,9%) receberam orientação nutricional, finalizei a intervenção com um total de 72 usuários diabéticos com 20 anos ou mais acompanhados 63 (87,5%) receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável (Figura 18). Não foi atingido 100% devido às razões explicadas anteriormente.

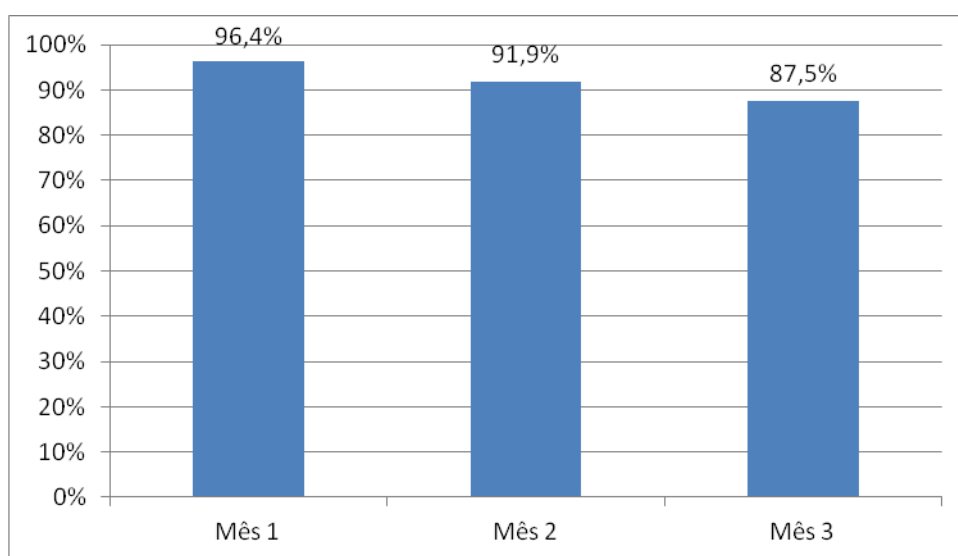


Figura 20. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados-UFPEL

Metas 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100 % dos pacientes hipertensos e diabéticos.

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

Ao longo do primeiro mês de intervenção foram cadastrados 141 hipertensos destes 138 (97,9%) receberam orientação sobre a prática de atividade física regular, no segundo mês o número de cadastrados foi de 218 destes 200 (91,7%) receberam orientação sobre a prática de atividade física regular e ao final do terceiro mês dos 351 cadastrados 304 (86,6%) receberam orientação sobre a prática de atividade física. (Figura 19).

A atividade física requer cuidado em sua prática, começando por contar com um bom local para fazer esta atividade é também necessária uma avaliação das condições físicas do usuário, devido a isso a orientação é gradual, se faz necessário conhecer a rotina do usuário e ter conhecimento do seu quadro geral de saúde. A mudança UBS junto com as férias do especialista em reabilitação física, no último mês afetou nossa meta planejada.

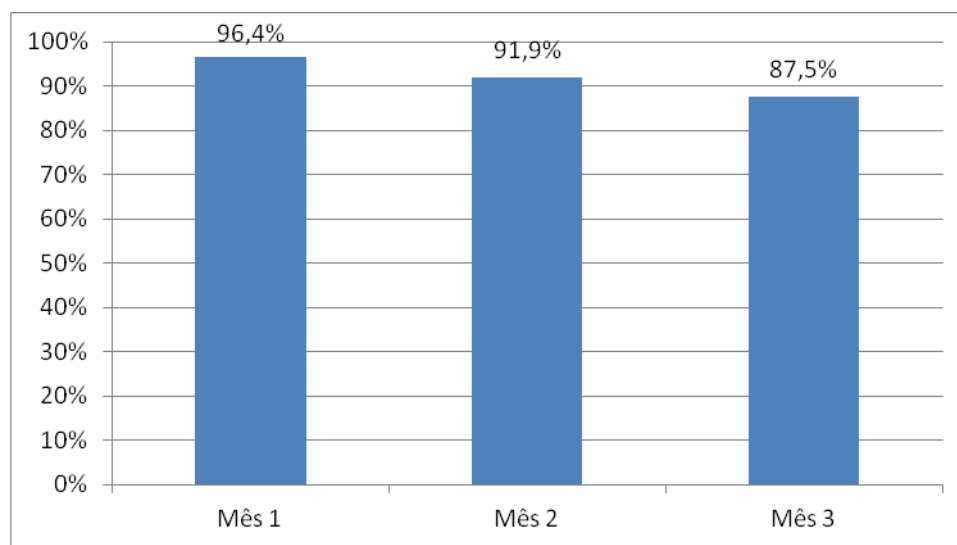


Figura 21. Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados-UFPEL

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

No primeiro mês de intervenção foram cadastrados 28 diabéticos destes 27 (96,4%) receberam orientação sobre a prática de atividade física regular, no segundo mês o número de cadastrados foi de 37 destes 34 (91,4%) receberam

orientação, finalizei a intervenção com 72 diabéticos deles 63 receberam orientação sobre a prática de atividade física regular uma proporção de 87,5 % (Figura 20).

As razões explicadas anteriormente afetaram nossa meta planejada.

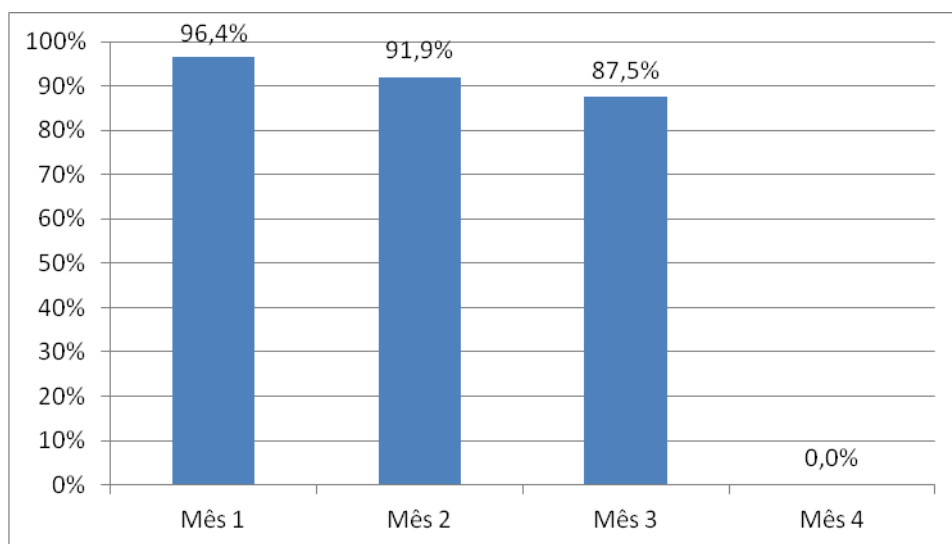


Figura 22. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados-UFPEL

Meta 6.5 e 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100 % dos pacientes hipertensos e diabéticos.

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

Ao longo do primeiro mês de intervenção foram cadastrados 141 hipertensos destes 138 (97,9%) receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês o número de cadastrados foi de 218 destes 200 (91,7%) e ao final do terceiro mês dos 351 cadastrados 304 (86,6%) receberam orientação sobre os riscos do tabagismo (Figura 21).

Durante a primeira consulta percebi que os usuários nunca haviam recebido orientações sobre os riscos do tabagismo ou pelo menos não estava registrado, foi algo que fui incluindo gradativamente em minhas consultas, ao final da intervenção não atingi a meta em 100% de hipertensos com 20 anos ou mais com orientação sobre os riscos do tabagismo. O principal fator foi a mudança feita no último mês do ESF de saúde, tivemos que arrumar e preparar a consulta novamente. Mas estas orientações incluíram-se na rotina das consultas para ao final atingir-se 100 % da comunidade.

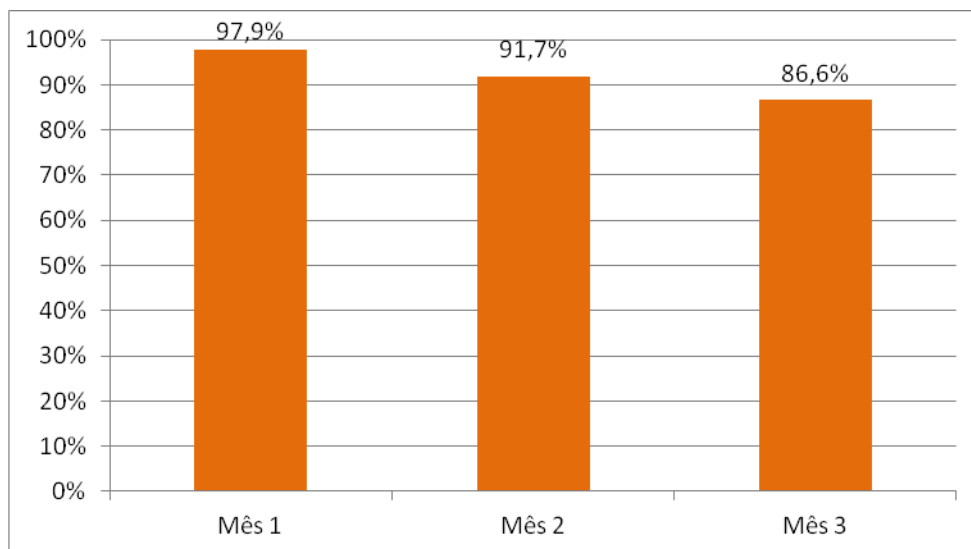


Figura 23. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados-UFPEL

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

No primeiro mês de intervenção foram cadastrados 28 diabéticos destes 27 (96,4%) receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês o número de cadastrados foi de 37 destes 34 (91,4%) receberam orientação, finalizei a intervenção com 72 diabéticos deles 63 receberam orientação sobre os riscos do tabagismo uma proporção de 87,5 % (Figura 22). Conforme explicado não foi atingido 100%, mas estas orientações incluíram-se na rotina das consultas para ao final atingir-se 100 % da comunidade.

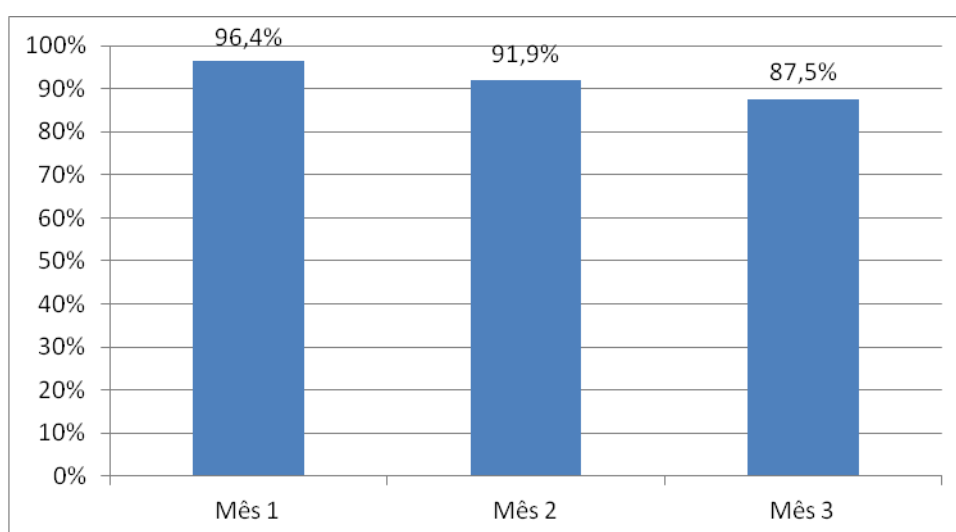


Figura 24. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados-UFPEL

Meta 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100 % dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês foram cadastrados 141 hipertensos e destes 27 (71%) receberam orientação sobre higiene bucal, no segundo mês de 218 cadastrados 90 (41,3%) receberam a orientação, ao final do terceiro mês dos 351 acompanhados 211 (60,1%) receberam orientação sobre higiene bucal (Figura 23).

A orientação sobre higiene bucal foi gradativa durante as consultas de forma que busquei conhecer melhor as condições sociais de cada usuário e a sua rotina com relação à higiene, onde precisei ir a uma palestra para melhorar meus conhecimentos, para poder dar melhor ajuda na comunidade apesar de não contar com odontologista durante quase todo tempo em que foi feito o projeto. A meta foi não foi atingida, mas progrediu gradualmente trabalhando em conjunto com o novo especialista que está prestando assistência na USB, Faz pouco tempo.

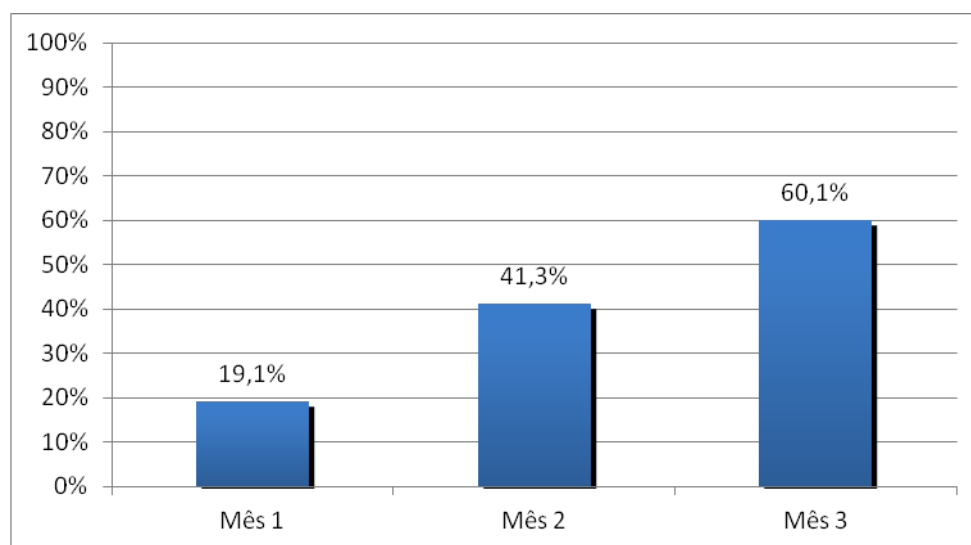


Figura 25. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados-UFPEL

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal

No primeiro mês de intervenção foram cadastrados de 28 diabéticos com 20 anos ou mais destes 7 (25%) receberam orientação sobre higiene bucal, já no segundo mês dos 37 cadastrados 14 (37,8%) receberam orientação, no terceiro mês o número de cadastrados foi de 72 diabéticos e destes 46 (63,9%) receberam

orientação a respeito da higiene bucal (Figura 24). A meta foi não foi atingida, mas progrediu gradualmente, conforme explicado anteriormente.

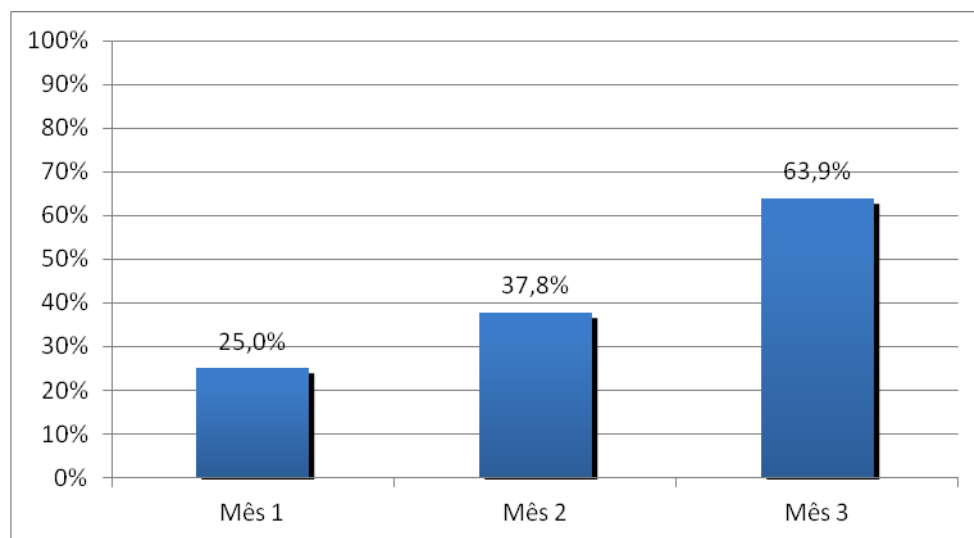


Figura 26. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. UBS Zona Sul / Pinheiro Machado – RS 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados-UFPEL

4.2 Discussão

Com a intervenção foi possível iniciar o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos na unidade de saúde, já que, anteriormente não havia uma equipe de ESF com ações programáticas organizadas de acordo com o MS, além de aumentar a cobertura de atendimento aos hipertensos e diabéticos. Antes da intervenção a cobertura da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos era 52% e 37% respectivamente, no final da intervenção ampliamos a cobertura da atenção aos hipertensos para 63,9% e 53,3% dos diabéticos. Estes avanços demonstram que mais hipertensos e diabéticos foram incluídos para o acompanhamento de sua saúde na UBS.

A intervenção foi importante para a equipe iniciar o planejamento das atividades e entender a forma de organização dos serviços dentro da ESF, melhorando, por exemplo, a cobertura de atenção e a classificação de risco de ambos grupos com a intervenção.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde “As ações integradas de prevenção e cuidado à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus* ocorrem

prioritariamente na atenção primária, que no Brasil se dá, principalmente, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), funcionando como a porta de entrada do Sistema de Saúde e onde as ações de caráter comunitário apresentam possibilidade de serem muito mais eficazes. Os processos de trabalho para produção do cuidado na ESF pressupõem que os profissionais de saúde capacitados trabalhem de forma interdisciplinar, que estabeleçam vínculos com os usuários e que se responsabilizem pela Atenção Integral dos cidadãos” (OPAS, 2010).

A intervenção também proporcionou a capacitação da equipe acerca de protocolos do MS e sobre acolhimento que fomentaram a Educação Permanente em Saúde, como dispositivo de valorização do saber de cada um, sendo realizada no local de trabalho na busca da mudança do processo de trabalho. As mudanças nos processos de formação são entender que as propostas não podem mais ser construídas isoladamente e nem de cima para baixo, ou seja, ser decididas pelos níveis centrais sem levar em conta as realidades locais. Eles devem fazer parte de uma grande estratégia, estar articulados entre si e ser criados a partir da problematização focadas nas realidades locais. Devem levar os diferentes atores que atuam no local de trabalho a questionar sua maneira de agir, o trabalho em equipe, a qualidade da atenção individual e coletiva e a organização do sistema como rede única.

Os ganhos para a UBS são inúmeros, desde o início do cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos até a melhoria da qualidade e ampliação dos serviços prestados, melhor controle de insumos e além de uma melhora significativa nos registros existentes na unidade, o que possibilitou a realização do monitoramento e avaliação, despertando na equipe a necessidade e importância destes para o planejamento da saúde na UBS.

Não somente a intervenção teve um grande impacto para a comunidade, mas a implantação da ESF como um todo, antes da implementação da intervenção o atendimento médico era restrito a um turno e eram disponibilizadas apenas dez fichas para a população.

Para a comunidade a intervenção também parece ter gerado impacto por meio de atividades de educação em saúde e orientações durante as consultas, conversas e rodas de conversas contribuindo, assim, para a melhoria da saúde.

Creio que se começasse neste momento a intervenção seria mais efetiva, já que agora tenho melhor ESF médico onde são feitas as consultas com maior

qualidade, todos as personas da ESF estão melhor preparadas com relação às doenças mais comuns na comunidade e às ações que precisam ser feitas. Estamos cadastrando a população de nossa área, com a equipe completa as atividades de educação em saúde podem ser realizadas de forma mais ampla, poderíamos ter um melhor acompanhamento dos usuários com a ajuda dos ACS e o processo de implantação da ESF estaria se consolidando de forma mais integral.

A intervenção já está incorporada à rotina da equipe, a definição de objetivos e metas já faz parte do nosso planejamento, adotamos também as fichas espelho disponibilizadas pelo curso, pretendemos dividir melhor as atribuições dos membros da equipe, no início da intervenção elas estavam concentradas na figura do médico porque não tínhamos os profissionais preparados corretamente.

O próximo passo é a finalização do cadastramento da população adstrita de minha equipe bem como a ampliação da cobertura e da qualidade de atendimento a hipertensos e diabéticos bem como a realização do planejamento em outras ações programáticas como Idosos e Saúde da Criança.

5 Relatório da intervenção para gestores

Senhor secretário:

Como faço parte do Programa Mais Médicos, um dos requisitos era a realização da Especialização Saúde da Família na modalidade EaD da UFPEL, a qual estávamos liberados 8 horas semanais para nos dedicarmos aos estudos. Durante a realização do curso tivemos a oportunidade de conhecer o território da área de abrangência da UBS, detectar fragilidades e propor uma intervenção, realizar e avaliar a mesma.

Durante a análise situacional foi detectado que a ação programática da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos precisava de melhorias, pois dos 549 hipertensos estimados, somente 52% estavam sendo acompanhados na unidade de saúde e quanto aos diabéticos, a estimativa era de 135, no entanto, 37% estavam cadastrados na UBS bem como a qualidade do serviço de saúde poderia melhorar e atender de forma mais integral os usuários.

Com a finalidade de buscar o aumento na cobertura e uma melhoria na qualidade do atendimento aos hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais, foi implementado uma intervenção com duração primeiramente de 16 semanas que depois, foi mudada para 12 semanas na UBS Zona Sul.

Conquistamos resultados consideráveis ao longo da intervenção, por exemplo, a cobertura tanto dos hipertensos quanto dos diabéticos. Ao final, atingiram-se 351 hipertensos (63,9%) e 72 diabéticos (53,3%), chegando-se quase as metas estipuladas de 85-90% graças às atividades que envolveram monitoramento e avaliação, engajamento público, qualificação da prática clínica e organização e gestão do serviço. Salientamos que a meta que nos propomos atingir não foi totalmente alcançada, entendo que para um maior aumento da cobertura se

faz necessário o termino do cadastramento dos usuários da área de abrangência, cadastramento este que já está em andamento, após os agentes comunitários de saúde tem um importante papel na busca ativa destes usuários.

Além de aumentar a cobertura melhoramos o cuidado para estes usuários, realizamos exame clínico apropriado em 78,9 % dos hipertensos e 76,4 % diabéticos, realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, não foi possível atingir a meta pactuada de para os hipertensos e diabéticos pela dificuldade dos usuários realizarem os exames solicitados e demora no retorno dos resultados. Sendo necessário melhorar o acesso e a resolutividade.

Para a melhoria dos usuários foi disponibilizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA, sendo que, a meta quase alcançada decorreu do acesso aos fármacos alocados na UBS, pois, muitos usuários não têm condições de irem até a Farmácia Popular buscar os medicamentos e muitos deles tem tratamento dietético.

Para melhorar a saúde bucal dos hipertensos e diabéticos é necessário profissional em tempo integral na UBS e que trabalhe na lógica das ações programáticas, pois o atendimento ainda é muito curativo. E não atingimos as metas pactuadas quanto à saúde bucal. Finalizei a intervenção com um total de 72 diabéticos com 20 anos ou mais cadastrados e destes 24 (33,3%) possuíam avaliação da necessidade de atendimento odontológico, ainda com relação aos hipertensos tivemos um total de 351 usuários com 20 anos ou mais cadastrados e destes 96 tinham passado por uma avaliação da necessidade de atendimento odontológico atingindo uma proporção de 27,4%.

Um grande problema que nos deparamos durante a intervenção foi quanto à busca ativa dos faltosos que deveríamos ter atingido 100%, mas na realidade, conseguimos realizar a melhor busca possível, devido à falta de ACS e equipe ficar incompleto no momento e também na mudança no USB durante o projeto, que foi a principal causa de não atingir a meta pactuada. Para a melhoria deste indicador é de extrema importância que haja a alocação de profissionais para fins de melhor processo de trabalho e atenção à saúde aos usuários.

Realizamos orientações para 86,6% dos usuários hipertensos e 87,5% diabéticos atendidos quanto à importância do estilo de vida para prevenção de complicações e agravos, durante as consultas e nos grupos. Quanto à gestão do

serviço e o processo de trabalho implantamos novas fichas de monitoramento, além de realizar o controle de insumos e medicamentos dentro da unidade.

Ao longo das 12 semanas enfrentamos muitas dificuldades, como mudar as ações planejadas para 16 semanas no começo no projeto, a demora na realização dos exames complementares, uma equipe incompleta durante um tempo, na mudança no USB assim, foi a falta de preparação dos ACS sobre as doenças crônicas mais comuns na população e neste sentido solicitamos que nos ajudem divulgando junto à comunidade, a importância de ir às consultas marcadas e na impossibilidade, passar na UBS para realizar novo agendamento.

E com o apoio da gestão e o fornecimento do material necessário iremos aumentar ainda mais a cobertura e a qualidade do atendimento, portanto, a contribuição da gestão é primordial para que a saúde da população da UBS Zona Sul melhore ainda mais.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Senhores e senhoras membros da comunidade do bairro da Zona Sul, realizamos na UBS Zona Sul, uma intervenção com duração de 12 semanas para os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *Mellitus* para melhorar o acesso e o cuidado.

A escolha por trabalhar com hipertensos e/ou diabéticos se deu após uma análise da situação dos usuários da unidade, aonde percebemos que se fazia necessário principalmente uma ampliação na cobertura e uma melhora na qualidade do atendimento prestado aos hipertensos e diabéticos, levando em conta os riscos de complicações decorrentes do agravo destas doenças associado à falta de acompanhamento médico destes usuários, a falta de orientação quanto aos cuidados como alimentação, a importância da realização de exercícios físicos, orientações estas que buscamos abordar de forma integral durante todas as atividades, tanto individuais, como nas consultas, os grupos que realizamos, sempre pensando na melhoria da saúde da comunidade.

Só para terem uma noção de como a situação dos hipertensos e diabéticos estava antes da intervenção, deveria estar acompanhando 549 hipertensos e 135 diabéticos, mas pouquíssimos estavam cadastrados na UBS 52% e 37%, e vocês são sabedores dos problemas que podem ocorrer com os usuários portadores destas doenças que não realizam o correto acompanhamento, como derrames, problemas na cabeça, no coração, cegueira. Muitos a vinham a UBS, mas não de forma sistemática a procura era mais quando estavam doentes.

Durante as 12 semanas foi possível cadastrar 351 (63,9%) hipertensos e 72 (53,3%), ou seja, mais da metade da população portadora destas patologias. Além de melhorar o acesso, estávamos muito preocupados com a maneira que o atendimento, cuidado, era realizado aqui na UBS, e também nos propomos melhorar

o exame clínico realizado, ou seja, que vocês fossem examinados durante as consultas de forma apropriada, disponibilizamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular, ainda foi possível solicitar a todos exames complementares e realizar a estratificação de risco cardiovascular em todos os usuários acompanhados, estes dados refletem o ganho em qualidade para os usuários atendidos.

Também durante a participação de vocês nos grupos, nas consultas, reforçamos muito a necessidade de estarem se cuidando, através da alimentação saudável, realização de atividade física, os malefícios do álcool e fumo. Para a pressão e a taxa de açúcar no sangue melhore e se mantenha dentro dos valores aceitáveis o tratamento com remédios é muito importante e não pode ser interrompido, mas, se for associado com os cuidados com a saúde, estes vão melhorar ainda mais.

Para realizarmos a intervenção organizamos todas as atividades quando chegavam a UBS era aberto prontuário, anotávamos na carteirinha de vocês e nos nossos papéis, tudo que realizamos durante as consultas, para isso a equipe foi capacitada para melhorar o atendimento o acolhimento, organizamos a agenda, melhoramos os encontros nos grupos e sempre solicitamos a participação de toda a comunidade. Todas as ações foram monitoradas para ver se estávamos realizando conforme planejamos.

Um problema que encontramos que muitos usuários agendavam as consultas e não compareciam, além disso, alguns têm hábitos alimentares que não são saudáveis. Mudar isto foi bastante trabalhoso para equipe, pois a comunidade não está acostumada a ter assistência médica constantemente.

Chegamos ao final da intervenção com ótimos resultados, atingimos o que planejamos, a equipe irá incorporar a intervenção na rotina de trabalho. Esperamos cada vez mais qualificar nossas práticas para prestar uma atenção integral aos nossos usuários, aumentando cada vez mais a cobertura e a qualidade do cuidado. Por isso é importante a participação e o apoio da comunidade e contamos com todos.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Minha expectativa inicial ao curso era mais com relação ao processo de trabalho do médico inserido na ESF, esperava que o curso fosse mais uma atualização sobre a forma de atuação dos médicos na atenção básica no Brasil, e me surpreendi quando iniciei e descobri que era uma intervenção a ser realizada, mesmo não tendo atendido as minhas expectativas iniciais tentei realizar o melhor projeto possível.

O curso teve um significado em minha prática profissional, mais no sentido, de me ajudar a planejar minhas ações e trabalhar de forma organizada e com os conhecimentos adequados para o manejo dos usuários na unidade e na comunidade com base nos protocolos adotados no Brasil. Oportunizou também conhecer a real situação do território, através da estrutura, processo e resultado, para um planejamento em saúde que vá ao encontro das necessidades da população.

Creio que os aprendizados mais relevantes ao longo do curso foram os estudos de prática clínica que me permitiram me atualizar e me aprofundar sobre temas específicos, que são importantes porque são temas do cotidiano nas unidades básicas de saúde, ainda ressalto o estudo dos protocolos clínicos de Hipertensão e Diabetes que me permitiram adotar a conduta esperada no Brasil. O curso em si me permitiu melhorar a qualidade na atenção dentro da unidade.

Referências

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente entra na roda: polos de Educação Permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** Brasília, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de **Atenção Básica. Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 37) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Linhas de cuidado: **hipertensão arterial e diabetes**. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p.: il. ISBN 978-85-79

Anexos

Anexo B - Planilha de coleta de dados

2013_08_15 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade] - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO Entrar

L14

Indicadores HAS e DM - Mês 1															
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o o	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertida ou da Farmácia	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em	O paciente realizou avaliação odontológica?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes 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
1															
2															
3															
4	1														
5	2														
6	3														
7	4														
8	5														
9	6														
10	7														
11	8														
12	9														
13	10														
14	11														
15	12														
16	13														
17	14														
18	15														
19	16														
20	17														
21	18														
22	19														
23	20														
24	21														
25	22														
26	23														
27	24														
28	25														
29	26														
30	27														

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

PRONTO 60%

18:52 09/01/2015

Anexo C - 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 Srª

Profª 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.

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