

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância
Turma7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde do hipertenso e diabético na UBS Pastor
João Braz, Cruzeiro do Sul, AC**

YELENA VENEGAS ARNALICH

Pelotas, 2015

YELENA VENEGAS ARNALICH

**Melhoria da atenção ao hipertenso e diabético na UBS Pastor João
Braz, Cruzeiro do Sul, AC**

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: Lenise Menezes Seerig

Pelotas, 2015

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

A743m Arnalich, Yelena Venegas

Melhoria da Atenção ao Hipertenso e Diabético na UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, AC / Yelena Venegas Arnalich; Lenise Menezes Seerig, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

95 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. Seerig, Lenise Menezes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim,
fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

Agradecimentos

A toda a equipe de saúde do posto, pela paciência e o trabalho realizado, também aos gestores municipais.

A meu esposo pela ajuda e apoio que sempre me oferece.

À minha orientadora Lenise, pelo suporte notempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivo.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação, muito obrigada.

Resumo

ARNALICH, Yelena Venegas. **Melhoria da atenção à saúde do hipertenso e diabético na UBS Pastor João Braz, Cruzeiro Do Sul, AC.**2015. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Especialização em Saúde de Família – Modalidade a Distância, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus representam um grande desafio à Saúde Pública. Estima-se que um em cada três adultos (maior ou igual a 25 anos) tem hipertensão arterial e um em cada dez adultos tem Diabetes Mellitus. Estas doenças são muito freqüentes no mundo e no Brasil e, quando não são bem tratadas, podem ocasionar complicações e até a morte do portador. O objetivo geral deste trabalho foi melhorar a qualidade da atenção ao hipertenso e diabético na Unidade de Saúde Pastor João Braz, em Cruzeiro do Sul, Acre. Com base nas recomendações do Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Básica 36 (Hipertensão) e 37 (Diabetes Mellitus), 2013), toda a equipe da unidade foi envolvida em um projeto de intervenção na área específica, com duração de 12 semanas. Neste tempo a equipe focou em objetivos específicos (ampliar cobertura, melhorar a adesão, a qualidade do atendimento, a qualidade dos registros, mapear hipertensos e diabéticos de risco e promoção da saúde), buscando alcançá-los através de metas e ações pré-estabelecidas, nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação profissional. O indicador de pior desempenho foi o numero de hipertensos e diabéticos com avaliação odontológica e os de melhor desempenho foram o numero de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, pratica regular de atividades físicas, riscos do tabagismo e higiene bucal. Os resultados foram várias mudanças na rotina do serviço com a efetivação do Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético da Unidade de Saúde (HIPERDIA). A maioria das metas foi alcançada. Um em cada quatro usuários da área adstrita já foi cadastrado no Programa. Apesar das limitações, a intervenção promoveu uma melhora substancial na qualidade de atendimento ao hipertenso e diabético. A maioria das ações previstas já foi incorporada à rotina da unidade.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Saúde da família; Doença crônica, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus.

Lista de Figuras

Figura 1	Cronograma.	50
Figura 2	Cobertura de hipertensos cadastrados.	59
Figura 3	Cobertura de diabéticos cadastrados.	60
Figura 4	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo.	61
Figura 5	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo.	62
Figura 6	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.	62
Figura 7	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	63
Figura 8	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	64
Figura 9	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	65
Figura 10	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	66
Figura 11	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	66
Figura 12	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.	67
Figura 13	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.	68
Figura 14	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	68
Figura 15	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	69
Figura 16	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	70
Figura 17	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	71
Figura 18	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	72

Figura 19	Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	73
Figura 20	Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.	73
Figura 21	Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.	74
Figura 22	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	75
Figura 23	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	75
Figura 24	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.	76

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE
DM	DIABETE MELLITUS
ESF	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
HAS	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
HGT	HEMOGLICOTESTE
HIPERDIA	PROGRAMA DE ATENÇÃO AO HIPERTENSO E DIABÉTICO
OMIA	OBJETIVOS, METAS, INDICADORES E AÇÕES
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
PA	PRESSÃO ARTERIAL
SIAB	SISTEMA DE INFORMAÇÃO ATENÇÃO BÁSICA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TTG	TESTE DE TOLERÂNCIA À GLICOSE
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
UFPEL	UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	19
2 Análise Estratégica	20
2.3.4 Cronograma	48
3 Relatório da Intervenção.....	50
3.1 Ações Previstas no projeto que foram desenvolvidas.....	50
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.	54
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à Intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores:.....	55
3.4 Análises da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.....	55
4 Avaliação da intervenção.....	57
4.1 Resultados	57
4.2 Discussão.....	75
4.3 Relatório da intervenção para gestores	78
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	80
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	83
Referências	85
	86
Anexos	88

Apresentação

O objetivo geral deste trabalho de conclusão de curso foi melhorar a qualidade de atenção ao hipertenso e/ou diabético na Unidade de Saúde Pastor João Braz, no bairro João Alves no município de Cruzeiro do Sul, estado do Acre.

O volume está constituído de seis seções, iniciando pela análise situacional, com a apresentação do município, a descrição da unidade e uma análise da situação da população da área de abrangência em relação a atenção à saúde.

Na segunda parte, segue a descrição da análise estratégica com a apresentação dos objetivos, metas, metodologia, ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório da intervenção na terceira parte discorre sobre as ações que foram ou não realizadas segundo o projeto, as dificuldades encontradas para realizá-las e teve ainda uma avaliação da possibilidade de incorporação das ações previstas à rotina da unidade.

A quarta parte é uma apresentação da intervenção, com a análise e a discussão de seus resultados, incluindo gráficos, juntamente com o relatório da intervenção para a comunidade e gestores.

Uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem é desenvolvido na quinta parte.

Por fim, a última parte apresenta a bibliografia, anexos e apêndices que deram suporte a este trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Situação da ESF em meu serviço:

A Unidade Básica de Saúde em que trabalho fica no estado Acre, município de Cruzeiro do Sul, está localizada no centro da cidade, com uma população adstrita de 1232 usuários, constituindo 319 famílias. Está dividida em duas micro áreas, e duas equipes de trabalho em ESF compostos por dois médicos, duas enfermeiras, dois técnicos de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde.

A unidade tem boa estrutura, possuindo uma recepção, sala de espera para os usuários, uma sala para vacinar e fazer curativos, duas salas para consultas de enfermagem, uma farmácia, uma sala para fazer triagem, uma sala para fisioterapia e duas para consultas médicas, além de cozinha e banheiros, todos com muito boa amplitude, iluminação e ventilação.

O trabalho é organizado em demanda espontânea e demanda programada, oferecendo uma atenção de qualidade. Além disso, temos um cronograma para o atendimento das grávidas, crianças, idosos e para as mulheres que precisam fazer exame preventivo do colo do útero. Na quinta feira de manhã fazemos visita domiciliar para as pessoas mais velhas (idosos) que não podem ir ao posto. As visitas são feitas em conjunto pela enfermeira, agente comunitário de saúde e o médico para fazer uma boa avaliação do usuário.

Contamos também com a equipe Melhor em Casa do município, que faz visita ao usuário em sua casa se precisar de um atendimento especializado.

O horário de funcionamento da UBS é das 7 às 11 horas pela manhã e das 13 às 17 horas pela tarde, todos os dias de segunda a quinta-feira, na sexta feira temos 8 horas para fazer a especialização.

Também fazemos palestras para adolescentes sobre temas importantes e de interesse para este grupo de risco, como doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência. Para as mulheres em idade de maior prevalência de algumas doenças temos feito palestra sobre os fatores de risco de sofrer câncer de mama e útero. Para os idosos fazemos palestras sobre as principais doenças crônicas que os afetam, como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, a fim de mudar hábitos e estilos de vida, aumentando a qualidade de vida da população e

colocando em prática princípios básicos da medicina cubana, como a promoção e prevenção da saúde.

A unidade dispõe de redes de atendimento, quando nós não conseguimos resolver no posto de saúde, encaminhamos para o serviço especializado, como Hospital Geral ou Hospital Maternidade.

Na farmácia da unidade temos um quadro básico de medicamentos financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), facilitando o tratamento para os usuários que têm doenças crônicas e que não possuem renda suficiente para adquirí-los em outra farmácia. Além disso, contamos também com a farmácia popular onde o preço dos medicamentos é mais baixo, quando comparado à farmácia tradicional.

A secretaria de saúde de nosso município organiza palestras sobre diferentes doenças que afetam a população, por exemplo, Dengue, Malária, Hepatites, Leishmanioses e Leptospirose, nas quais eu participei, já que elevam nosso nível profissional e nos ajudam a conhecer os protocolos de atendimento mais atualizados em nossa região, depois eu repasso toda essa informação para o pessoal de enfermagem e agentes comunitários do posto onde eu trabalho.

A relação profissional e humana com a população é muito boa, já que os usuários falam na sala de espera que gostam do atendimento médico e demonstram para nós sua gratificação.

Estou muito feliz de trabalhar nessa unidade de saúde, tenho uma ótima relação com meus colegas, desde minha chegada fui muito bem acolhida e apoiada por todos.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Município de Cruzeiro do Sul, localizado no estado do Acre possui aproximadamente 78.507 habitantes, segundo IBGE de 2010, o município se estende por 8779,2 km quadrados, sendo vizinho dos municípios de Rodriguez Alves e Mâncio Lima e estando há 636 km de distância da capital (Rio Branco). O extrativismo da borracha e a exploração da madeira são as principais atividades econômicas. A farinha é o principal produto da atividade econômica municipal, sendo uma das melhores da região e muito apreciada no sul do país.

Em relação a atenção à saúde, o município conta com 14 unidades de saúde e 25 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizadas na zona urbana e 13 unidades com 11 equipes de ESF localizadas na zona rural, apenas uma unidade é mista, todas as demais são somente de ESF. A rede de atenção possui também seis Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que atendem todo o município, um hospital geral e uma maternidade que atendem todos os outros municípios vizinhos e um hospital que atende doenças tropicais prevalentes na região. Para a realização de exames complementares conta com dois laboratórios.

A Unidade de saúde Pastor João Braz foi construída há aproximadamente sete anos para suprir as necessidades de saúde da comunidade adjacente, é de ESF e possui vínculo com o SUS. Fica em um bairro na zona urbana da cidade. Temos uma população total de 1232 usuários com 319 famílias, que são atendidas por duas equipes de trabalho, composta por dois médicos, duas enfermeiras, dois técnicos de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde. Recebemos apoio da equipe do NASF, a qual está composta por um assistente Social, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, um médico ginecologista, um pediatra, um psiquiatra, um nutricionista, um psicólogo e um profissional de educação física.

Possui boa estrutura, conta com uma recepção grande com capacidade para 75 pessoas, uma sala de reuniões, não tem sala destinada para almoxarifado, tem dois consultórios médicos, só um com sanitário, os dois com boa iluminação, amplitude e ar condicionado, uma sala para vacinar e fazer curativos, não tem sala para nebulização, esta é uma deficiência já que aqueles usuários que precisam deste serviço têm que ser encaminhados para outros postos de saúde. Não prestamos serviço odontológico em nossa UBS, a sala de farmácia tem bom tamanho, para uma adequada recepção e organização dos medicamentos. Possui depósito para material de limpeza e uma sala para esterilização do material, não tem abrigo para resíduos sólidos nem para depósito do lixo não contaminado.

Os ambientes da UBS não têm iluminação natural, só artificial. Existe sinalização visual que permite a comunicação através de textos, mas não através de figuras, sendo uma grande barreira que temos que resolver, pois em nossa região há muitos analfabetos. A calibragem de aparelhos e balanças é feita a cada seis meses. Outra deficiência é o depósito de lixo, que embora esteja bem recolhido em bolsas e o carro da prefeitura passe a cada dois dias para o recolhimento, não existe um depósito para o mesmo.

O prédio da UBS é adequado para o acesso de pessoas portadoras de deficiências físicas e motoras, não apresentando barreiras arquitetônicas. Possuem dois computadores conectados à internet, o que nos ajuda a estar atualizados com o tratamento das doenças mais frequentes de nossa área de saúde. O registro dos atendimentos não é feito nos computadores.

Em relação a equipamentos e instrumentos de trabalho, eles não estão em condições ótimas, já que não dispomos de microscópio, nebulizador, negatoscópio, otoscópio e oftalmoscópio. Existe um adequado sistema de manutenção e reposição de equipamentos, instrumentos, mobiliário e material de consumo. As limitações que existem em meu posto de saúde não são de grande complexidade e não impossibilitam o trabalho cotidiano com qualidade para os usuários.

A equipe de saúde trabalha em conjunto para oferecer um ótimo atendimento aos usuários que procuram a unidade. Todos participam no processo de territorialização e mapeamento da área de abrangência, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, assim como os grupos de agravos, entre os que se encontram a Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase entre outros.

Além do atendimento na UBS, realizamos atendimento e cuidado de saúde em domicílio através das visitas domiciliares e nas escolas localizadas na área de abrangência. São encaminhados os usuários a outros níveis do sistema respeitando fluxos de referência e contra-referência, utilizando os protocolos estabelecidos. Fazemos acompanhamento do plano terapêutico proposto ao usuário quando são encaminhados a outros níveis do sistema e, em caso de internação domiciliar. São realizadas as notificações de doenças e agravos notificáveis pelo médico, enfermeiros e técnicos de enfermagem, além de fazermos uma busca ativa dessas doenças na comunidade.

Todas as semanas são feitas atividades com grupos de adolescentes, idosos e grávidas, abordando temas importantes para educação em saúde como doenças sexualmente transmissíveis, aleitamento materno, combate ao tabagismo, prevenção de câncer ginecológico, promoção e prevenção de doenças crônicas frequentes como hipertensão arterial e diabetes mellitus. Outro tema abordado é o planejamento familiar. Oferecemos atenção especializada aos usuários com sofrimento psíquico, na UBS, uma vez por mês na consulta agendada para o psiquiatra da área. Explicamos a importância do pré-natal e a puericultura. Nestas

atividades participam todos os trabalhadores da UBS, através delas promovemos a participação da comunidade no controle social. Todos identificaram parceiros e recursos na comunidade para potencializar as ações intersetoriais com a equipe, principalmente os agentes comunitários, já que permanece a maior parte do tempo na comunidade atuando diretamente com os usuários.

O acolhimento é feito na recepção, na consulta de enfermagem, na consulta do médico, em todo lugar porque não temos uma sala específica para o mesmo. Todo o pessoal que trabalha na UBS realiza um bom acolhimento a todas as pessoas que chegam procurando atendimento, não temos uma equipe de acolhimento específico. São realizados todos os dias nos dois turnos de trabalho. Alguns profissionais foram capacitados em cursos de atendimento à população. O planejamento e a prioridade da consulta é de acordo com a doença do usuário. Os usuários idosos, as crianças, hipertensos e diabéticos descompensados, usuários com febre ou que tenham algum tipo de dor aguda e grávidas, são sempre atendidos com prioridade, logo todos os outros, deixando sempre fichas disponíveis para qualquer pessoa que chegue fora do tempo com alguma doença aguda, não negamos atenção médica a ninguém.

Quando há excesso de demanda de usuários com doenças agudas a equipe de saúde orienta ao usuário que procure outro posto de saúde de referência, se não requer atendimento de urgência então retorna no dia seguinte já agendado.

A unidade possui em sua área 25 crianças menores de um ano cadastradas, a cobertura é de 88% (22 crianças), o atendimento da puericultura é feito às sextas-feiras a todos os grupos de idade pela enfermeira, o médico da família e o pediatra da área também fazem avaliação da criança quando necessário. Além das consultas programadas existe demanda de crianças para atendimento de problemas de saúde agudos. Em cada consulta são desenvolvidas ações como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, importância da vacinação, alimentação saudável, aleitamento materno, prevenção de anemias, violência doméstica entre outras. Apesar das mães serem orientadas durante a consulta, ainda apresentam dificuldade para entender e colocar em prática estas orientações, um exemplo é quando não voltam à consulta no dia que foi agendado, é por isso que muitas crianças têm atraso na realização das suas vacinas. Não existem dados cadastrais das crianças maiores de um ano na UBS, as quais somente são atendidas em demanda espontânea.

Temos como deficiência que nenhuma criança recebe triagem auditiva nem avaliação de saúde bucal pela falta de profissionais capacitados para realizar estas atividades. O estímulo à participação dos pais pode ser de grande ajuda para melhorar os indicadores de saúde da criança, temos que trabalhar mais com eles para que entendam a importância de realizar um ótimo atendimento aos seus filhos, oferecendo nosso apoio para permitir que a criança tenha uma saúde de qualidade.

Em relação ao pré-natal posso dizer que fazendo um pré-natal com qualidade garantimos que a gravidez seja tranquila e que a criança seja saudável, diminuindo assim a mortalidade materna e infantil. Nosso principal objetivo é detectar riscos precoces na grávida e tratar doenças agudas que se apresentem, se for preciso encaminhamos para o Hospital Maternidade para que receba atenção especializada permitindo o parto de um recém-nascido saudável.

O atendimento pré-natal é feito de segunda a quinta feira em todos os turnos pela enfermeira. As grávidas são avaliadas também pelo médico clínico geral e pela ginecologista obstetra. Temos 23 grávidas na área, com cadastrado de 18, com cobertura de 78%. Sempre após a consulta agenda-se o retorno para reavaliação. Neste ano até agora temos registrado somente oito mulheres que fizeram a consulta de puerpério antes dos 42 dias de pós parto. Também em nossa UBS existe oferta de atendimento para as gestantes com problemas de saúde agudos, elas têm prioridade, mas não existe excesso de demanda.

São utilizados protocolos para avaliar e classificar o risco gestacional; todas as consultas são registradas em prontuários clínicos, formulário especial do pré-natal, na ficha de atendimento nutricional e na ficha de vacinas. Sempre é solicitado, revisado e preenchido o cartão do pré-natal em cada atendimento. Em todas as consultas é explicado como tem que ser a alimentação para ganhar o peso adequado, a importância das vacinas, a saúde bucal e aleitamento materno, também dos riscos do tabagismo, álcool e as drogas na gravidez, os cuidados do recém-nascido e da importância de realizar a consulta de puerpério para que não existam complicações.

Na Unidade onde trabalho há uma população de aproximadamente 264 mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, número que está de acordo com os indicadores no caderno de ações programáticas. Deste total de mulheres somente 144 estão com o preventivo de colo de útero em dia, representando 55 % e 31 tem a mamografia feita neste ano. Dentre os principais problemas encontrados em

relação aos indicadores de qualidade foram à existência de algumas amostras insatisfatórias e o atraso das mulheres na realização dos exames. Grande parte da população mora em condições de pobreza e longe da UBS, com dificuldade de acesso, além de terem baixo nível cultural, não reconhecem a importância de fazer os exames para o diagnóstico preventivo e oportuno das doenças em questão, razão da baixa cobertura. Para melhorar isso temos feito ações coletivas dirigidas a este grupo populacional explicando a importância de comparecer à consulta para os preventivos correspondentes, também aproveitamos a oportunidade para indicar a mamografia ou fazer a coleta da amostra endocervical naquelas usuárias que vêm para as consultas por outras causas ou doenças.

Sempre orientamos a todas as mulheres sobre o uso adequado do preservativo; são realizadas ações para o controle de peso corporal, de estímulo da prática regular de atividades físicas e dos malefícios do consumo excessivo do álcool; falamos da importância da realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino e da importância da realização do exame de mamas para evitar o surgimento destas doenças tão frequentes nas mulheres do Brasil e do mundo.

A coleta do exame citopatológico é realizada pela enfermeira todos os dias da semana. As coletas são registradas no prontuário clínico do usuário e no livro de registros. Temos um arquivo específico para o registro dos resultados, o qual é revisado uma vez por mês para verificar atrasos e avaliar a qualidade do programa. Sempre fazemos palestras no âmbito da UBS com as mulheres em idade fértil para explicar-lhes como prevenir o câncer de mama e útero, quais são os fatores de risco para o surgimento destas doenças e como podem ser modificados. São realizadas também ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama.

Em relação ao cadastramento dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus existe uma baixa cobertura na UBS. Temos cadastrados 60(52,2%) dos 115 hipertensos estimados e 15 (45,4%) diabéticos dos 33 estimados. Em cada consulta são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis (controle de peso corporal estimulando a prática regular de atividades físicas, explicamos os malefícios do hábito de fumar e consumo excessivo de álcool).

O atendimento é realizado todos os dias da semana, em todos os turnos de trabalho de forma planejada, principalmente pelo médico clínico geral, mas também participa a enfermeira, técnico de enfermagem, educador físico e nutricionista de nossa área, todos avaliam integralmente o usuário, ele sai da consulta com a próxima avaliação planejada. Sempre procuramos avaliar o usuário três vezes no ano, no entanto podem procurar o posto se tiverem alguma doença aguda ou recente. Duas vezes ao mês realizamos palestras no âmbito da UBS com este grupo de pacientes, que além de idosos em maioria, também portam doença crônica.

Quanto à atenção ao idoso, temos um grupo de 80 idosos na área, deles 71 procuram nosso atendimento, com cobertura de 88,8 %, oferecemos consulta todos os dias da semana nos dois turnos. Os idosos são mais vulneráveis às doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais como da visão, da capacidade de deambulação, que determinam também diminuição da autonomia. Por isto, o atendimento a esta população foca intensamente na preservação da funcionalidade, na preservação de sua autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida. Não temos protocolo de trabalho para o atendimento dos idosos. Em cada consulta são desenvolvidas ações como imunizações, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal e mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de alcoolismo, obesidade, sedentarismo e do tabagismo. Duas vezes ao mês são realizadas palestras e atividades com o grupo de idosos, onde participam quase todos os trabalhadores do posto.

Os agentes comunitários pesquisam na população toda pessoa idosa que precise de cuidado domiciliar. Uma vez ao mês são planejadas as ações para um melhor atendimento a este grupo de pessoas. Como já falado, a unidade não dispõe de serviço odontológico, no entanto a médica em cada consulta faz uma revisão de saúde bucal e se encontra alguma situação de cárie ou doença bucal ou o usuário relata algum sintoma é encaminhado para o posto de saúde mais perto que preste serviço de odontologia.

Finalizando este relatório, destaco como principal ponto positivo o fato de que temos uma equipe engajada, com os recursos humanos necessários para realizar um trabalho de qualidade, além de equipamentos e alguns medicamentos. Uma limitação importante é que não oferecemos atendimento de Odontologia, assim os

usuários têm que ser encaminhados para outro posto e dificulta a qualidade da saúde bucal dos mesmos.

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

De modo geral fazendo uma comparação com o texto da segunda semana do curso com o texto deste relatório, sobre a situação da UBS, posso dizer que através da especialização conheci ainda mais das características estruturais que devem ter as unidades de saúde; dos programas de saúde utilizados no Brasil; dos indicadores de saúde da minha unidade e do modo de trabalho; além de conhecer todos os principais problemas e buscar meios para superá-los. É muito gratificante porque assim elevo a qualidade do meu atendimento e garanto a satisfação dos usuários que procuram minha UBS.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa:

A hipertensão arterial (HAS) e a diabetes são doenças vasculares muito frequentes no Brasil e se não são bem tratadas podem ocasionar complicações e a morte do portador. Além do correto cumprimento do tratamento terapêutico dos hipertensos e diabéticos, é importante que eles aprendam a manter hábitos de vida saudáveis como a prática regular de atividades físicas, alimentação saudável, ajudando assim a prevenir complicações.

A Unidade Básica de Saúde Pastor João Braz em que trabalho fica no estado Acre, município de Cruzeiro do Sul, está localizada no centro da cidade, com uma população adstrita de 1232 usuários, constituindo 319 famílias. Está divididas em duas micro-áreas, cada uma tem uma equipe de trabalho composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. Não possuímos equipe de saúde bucal.

Atualmente, temos cadastrados 60 (52,2%) hipertensos e 15 (45,4%) diabéticos, dos 115 e 33 estimados respectivamente, segundo o caderno das ações programáticas, todos com mais de 20 anos de idade. Na nossa chegada na unidade, percebemos que existia um sub-registro destes usuários.

Nossa população alvo está bem definida sobre a qual se trabalha em equipe. Há problema de acesso às áreas mais distantes da UBS do posto, mas lá tem o agente comunitário de saúde e ele programa as visitas domiciliares, de acordo as necessidades. As principais dificuldades estão relacionadas às baixas condições socioeconômicas e culturais, com pouca adesão aos tratamentos, o não cumprimento das indicações terapêuticas e a falta de assistência às consultas programadas, além da baixa disponibilidade para a realização dos exames complementares, já que existe só um laboratório no município, e a avaliação da saúde bucal já que não existe este atendimento em minha UBS e temos que encaminhar aos usuários para outras UBS.

Toda a equipe está consciente da importância da implementação deste projeto, já que vai intervir positivamente na qualidade de vida da comunidade e efetivar a resolutividade da atenção à saúde, um dos princípios que regem o SUS.

2- Objetivos e Metas:

2.1 Objetivos Gerais:

Melhoria da atenção a hipertensos e/ou diabéticos na UBS Pastor João Braz, no município de Cruzeiro do Sul, Acre.

2.2Objetivos Específicos:

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

Metas:

Para alcançar o objetivo 1:

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

2- Cadastrar 60 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde Pastor João Braz.

Para alcançar o objetivo 2:

- 1- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- 2- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- 3- Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 4- Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 5- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 6- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- 7- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

Para alcançar o objetivo 3:

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

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

Para alcançar o objetivo 4:

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

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

Para alcançar o objetivo 5:

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

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

Para alcançar o objetivo 6:

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

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

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

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

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

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

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

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

3- Metodologia:

Este projeto terá duração de quatro meses, tendo como população alvo os hipertensos e diabéticos da UBS PASTOR João BRAZ, no município de CRUZEIRO DO SUL, ACRE. Participarão da intervenção todos os membros da equipe. O número estimado de hipertensos da área é de 220 e de diabéticos é de 63, com idade de 20 anos ou mais.

❖ 3.1 Detalhamentos das ações:

❖ I-COBERTURA:

Objetivo: Ampliar a cobertura a hipertensos e ou diabéticos.

Meta:- Cadastrar 60 % dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde.

Ações:

➤ **Organização e gestão do serviço**

1-Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa:

Detalhamento: Será feita pelos ACS, diariamente, pois eles estão em contato direto com a população, através das visitas domiciliares.

2-Melhorar o acolhimento dos usuários com hipertensão arterial e diabetes:

As consultas de atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos serão feitas todos os dias, em todos os turnos, dando sempre prioridade a este tipo de atendimento, evitando assim esperas prolongadas na fila.

3-Garantir material adequado para a verificação da medida da pressão arterial e para a realização do hemoglicotestena unidade de saúde: para que esta ação seja feita temos que ter esfigmomanômetro, estetoscópios e material para fazer o teste da glicose.

Detalhamento: estes materiais deverão ser garantidos pela secretaria de saúde do município. Os responsáveis por isso são a enfermeira e o coordenador da equipe.

➤ **Monitoramento e avaliação**

1-Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na unidade de saúde:

Detalhamento: Para isso devemos criar uma comissão composta por membros da equipe (médico, enfermeiro e ACS) que monitore e avalie mensalmente o trabalho da equipe, principalmente dos ACS, em cada área de abrangência específica, na busca de resultados concretos, em relação a novos casos que possam aparecer nas áreas.

➤ **Engajamento público**

1- Informar a comunidade sobre a existência do Programa da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde:

Detalhamento: É de vital importância o diálogo direto com a população da área, para que conheça sobre a importância deste programa realizado na unidade. Este trabalho de divulgação será feito por todos os integrantes da equipe de saúde, assim como por outros funcionários da UBS.

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

Detalhamento: Desta forma podemos fazer captações precoces da doença e evitamos possíveis complicações. Será realizada por todos os membros da equipe, na UBS e através de visitas domiciliares.

3- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135-80 mmHg e sobre todas as pessoas que tenham antecedentes familiares da doença.

4- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco sobre o desenvolvimento de hipertensão e diabetes:

Detalhamento: Estas ações serão feitas mediante as palestras realizadas na UBS, uma vez ao mês, por todos os membros da equipe.

➤ **Qualificação da prática clínica**

1- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda a área de abrangência da unidade de saúde:

Detalhamento: Será feito em todas as reuniões da equipe, dando orientações sobre a importância deste cadastramento para assim ter o controle de todos os usuários, para iniciar o tratamento para evitar complicações.

2-Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação de pressão arterial e a realização do hemoglicoteste em adultos:

Detalhamento: do mesmo jeito que na anterior se podem fazer capacitações nas reuniões de equipe para explicar a maneira correta de verificação da pressão arterial e os passos para o teste de glicemia.

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

Metas: -2.1- Realizar o exame clínico adequado em 100 % dos hipertensos e diabéticos.

➤ **Organização e gestão do serviço**

-Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos:

Detalhamento: temos que explicar a cada membro da equipe o que tem que ser feito com este grupo específico de usuários, desde seu acolhimento quando chegam à unidade até o momento em que são consultados pelo médico. O responsável por esta ação será o médico.

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

Detalhamento: Será realizada nas reuniões de equipe sob a responsabilidade do médico.

-Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais:

Detalhamento: uma vez ao mês planejar uma reunião para atualizar aos profissionais da equipe de saúde na unidade. Para alcançar esta meta o trabalho começa por um bom acolhimento, e triagem detalhada e específica para cada usuário. Na consulta médica será feita abordagem integral, de acordo com o nível sócio cultural, econômico, co-morbidade e fatores de riscos individuais.

-Disponer de versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde:

Detalhamento: para cumprir com esta ação é necessário ter uma impressora na unidade, como não dispomos, faremos as cópias na secretaria de saúde.

➤ **Monitoramento e avaliação**

-Monitorar a realização de exame clínico apropriado aos usuários hipertensos e diabéticos;

Detalhamento: Para isso é necessário criar uma comissão que monitore e avalie mensalmente o desempenho do programa, com a revisão dos prontuários, onde devem ser preenchidos, todos os dados em cada consulta, e os exames feitos com seus respectivos resultados.

➤ **Engajamento público**

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:

Detalhamento: Serão oferecidas palestras, encontros com grupos dos usuários e seus familiares, onde se debaterão estes temas e sua importância, mensalmente, ou dia a dia oferecendo informação a população por murais de cartazes informativos. As atividades do grupo serão feitas por integrantes da equipe (médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem) com apoio da equipe do NASF.

➤ **Qualificação da prática clínica**

-Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Esta capacitação levará em conta o protocolo do MS.

Detalhamento: será realizada durante as reuniões da equipe, sob a responsabilidade da médica da unidade.

Meta 2.2-Garantir a 100 % dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

➤ **Organização e gestão do serviço**

- Garantir a solicitação dos exames complementares será atribuição do médico, durante a realização das consultas.

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

Detalhamento: esta ação deve ser garantida pelos gestores municipais, dependendo do número de exames disponíveis pelo laboratório, já que em ocasiões faltam reativos. Para isso agendaremos reunião da equipe de saúde com a gestão procurando sensibilizá-los com a prioridade de agendamento rápido destes exames.

➤ **Monitoramento e avaliação**

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

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

Detalhamento: Este monitoramento será feito pela médica, semanalmente, com base na revisão dos prontuários e planilhas de coleta de dados.

➤ **Engajamento público**

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

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

Detalhamento: lembrando que estas doenças crônicas têm que ser avaliadas no mínimo três vezes no ano, o médico indicará na consulta os exames complementares correspondentes para avaliar o curso e o estado da doença. Os mesmos serão feitos de forma agendada no laboratório municipal.

➤ **Qualificação da prática clínica**

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

Detalhamento: esta ação começará pelo pessoal técnico de triagem onde serão feitos os exames de glicoteste e a medição da pressão arterial. também os ACS pesquisarão estes parâmetros em suas visitas domiciliares, da mesma forma o médico e a equipe de enfermagem.

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

➤ **Organização e gestão do serviço**

Garantir a solicitação dos exames complementares que será feito pelo médico na consulta em conjunto com os responsáveis do laboratório para conhecer a disponibilidade do mesmo.

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

Detalhamento: estas ações devem ser garantidas pelos gestores municipais, depende muito da quantidade de material existente no laboratório. Para isso agendaremos reunião da equipe de saúde com a gestão procurando sensibilizá-los com a prioridade de agendamento rápido destes exames.

➤ **Monitoramento e avaliação**

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

Detalhamento: Para isso é necessário criar uma comissão que monitore e avalie mensalmente o desempenho do programa, com a revisão dos prontuários, onde devem ser preenchidos, todos os dados em cada consulta, os exames feitos com seus resultados.

➤ **Engajamento público**

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

Detalhamento: Será feito mediante as palestras realizadas na UBS, uma vez ao mês, por todos os membros da equipe.

➤ **Qualificação da prática clínica**

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

Detalhamento: Será feito pelo médico nas reuniões de equipe na UBS.

-2.4-Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

➤ **Organização e gestão do serviço**

- -Realizar controle de estoque de medicamentos:
- Detalhamento: uma vez por mês a técnica de farmácia será responsável por revisar o estoque de medicamentos existentes na unidade e fazer um pedido correto para garantir as necessidades destes usuários com doenças crônicas.
- -Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde:
- Detalhamento: na farmácia da unidade tem que existir este registro para assim garantir seus medicamentos mensais e que possam cumprir o tratamento.

➤ **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia,
- Detalhamento: será feito pela farmacêutica do posto, que tem a responsabilidade de pesquisar mensalmente os medicamentos disponíveis e em falta, e, orientar aos usuários para obter estes na Farmácia Popular.

➤ **Engajamento público**

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Detalhamento: Os Agentes Comunitários de Saúde, técnico de farmácia, enfermeira, médico e toda a equipe são responsáveis pelo cumprimento desta tarefa.

➤ **Qualificação da prática clínica**

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos de Farmácia Popular.

Detalhamento: O usuário será informado pelo médico e farmacêutica do posto da importância da adesão ao tratamento, explicando a gratuidade da medicação nas farmácias da UBS ou na farmácia popular. O receituário tem uma validade de até quatro meses.

-2.5-Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100 % dos hipertensos e diabéticos.

- **Organização e gestão do serviço**

- -Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos:
- Detalhamento: esta ação é a de maior dificuldade em nossa UBS, já que não temos serviço odontológico, temos que agendar o oferecimento deste serviço na unidade mais perto da nossa área, pois é muito importante que estes usuários tenham avaliação odontológica feita pelo menos uma vez ao ano.

- **Monitoramento e avaliação**

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

Detalhamento: Nas consultas o médico realizará exame bucal na pesquisa das doenças odontológicas e estes usuários serão encaminhados para o dentista responsável pelo atendimento em nossa área de abrangência. Na UBS será perguntado ao usuário se ele tem realizado consultas periódicas anuais com o dentista, as informações colhidas serão registradas nos instrumentos, fichas espelho e planilha de coletas de dados.

➤ **Engajamento público**

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

Detalhamento: Será feito mediante as palestras realizadas na UBS, uma vez ao mês, por todos os membros da equipe.

➤ **Qualificação da prática clínica**

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

Detalhamento: Todas estas ações podem ser realizadas uma vez ao mês, em reuniões da equipe, auxiliados por profissionais treinados em cada uma destas atividades (médicos, ginecologistas, enfermeiros, técnicos de laboratório, dentistas).

Será feito, para todos os usuários, o exame bucal e ou encaminhamento para atendimento odontológico, já que na própria unidade não temos este atendimento.

III-ADESÃO

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

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

Ações:

➤ **Organização e gestão do serviço**

-Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos:

Detalhamento: Se realizarão visitas domiciliares uma vez por semana, em busca dos hipertensos e diabéticos faltosos, pelos médicos, junto e com o apoio os ACS, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

➤ **Monitoramento e avaliação**

-Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo:

Detalhamento: Serão avaliados pela comissão mediante a revisão dos prontuários, onde devem estar preenchidos todas os procedimentos ocorridos nas consultas.

➤ **Engajamento público**

-Informar à comunidade sobre a importância da realização das consultas:

Detalhamento: Pode ser feito por qualquer membro da equipe de saúde, semanalmente em palestras, atividades de grupo, ou dia a dia, através de murais e cartazes informativos.

➤ **Qualificação da prática clínica**

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

Detalhamento: Assessorar e orientar os ACS nas reuniões da equipe sobre a importância deste atendimento, pois eles são as pessoas mais próximas da população, interagindo com eles diariamente, em suas casas.

IV-REGISTRO

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Ações:

➤ **Organização e gestão do serviço**

-Manter as informações do SIAB atualizadas:

Detalhamento: É de obrigatório cumprimento pelos profissionais que fazem o atendimento destes usuários, preencherem todas as informações requeridas no prontuário e a ficha, com letra clara e legível, todas

os procedimentos da consulta, para assim facilitar sua revisão por outros profissionais.

-Implantar a ficha de acompanhamento:

Detalhamento: Colocar em um arquivo específico todas as fichas de acompanhamento, organizadas por áreas e ordem alfabética, em um lugar seguro e de fácil acesso para o pessoal autorizado a revisar estes documentos. Esta ação será feita pela recepcionista da UBS.

-Definir responsável pelo monitoramento dos registros:

Detalhamento: o responsável deverá ser a recepcionista da unidade, já que é ela quem tem acesso direto a estes arquivos.

➤ **Monitoramento e avaliação**

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

Detalhamento: Serão avaliados pela comissão mediante a revisão das fichas e prontuários, onde devem estar preenchidos todos os procedimentos ocorridos nas consultas.

Engajamento público

-Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde.

Detalhamento: Pode ser feito pelos ACS já que eles passam a maior parte do tempo interagindo diretamente com a população.

➤ **Qualificação da prática clínica**

-Capacitar a equipe para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos:

Detalhamento: Vai ser feito nas reuniões da equipe, pelos enfermeiros da equipe.

V-AVALIAÇÃO DO RISCO

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

Meta 5.1: Realizar a estratificação de risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade.

Ações:

➤ **Organização e gestão do serviço**

-Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: Esta ação é de obrigatório cumprimento, de acordo com o protocolo, todos os usuários serão classificados e avaliados pelo médico da equipe, será referenciado para outras especialidades, se precisarem de algum atendimento específico.

➤ **Monitoramento e avaliação**

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

Detalhamento: Cada mês as fichas destes usuários serão revisadas para ter controle daqueles que apresentam maior risco cardiovascular, e os possíveis encaminhamentos para consultas de alto risco. Esta ação será feita pelo médico da equipe.

➤ **Engajamento público**

-Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular.

-Esclarecer os usuários e a comunidade quanto a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis:

Detalhamento: esta ação será feita durante grupos de educação em saúde formados pelo médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem, com ajuda dos ACS e equipe do NASF.

➤ **Qualificação da prática clínica**

-Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvos:

Detalhamento: Vai ser feito nas reuniões da equipe, pelos enfermeiros da equipe/ou outros profissionais com maior experiência neste tipo de atendimento.

VI- Promoção à Saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas:

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

➤ **Organização e gestão do serviço**

-Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Toda a equipe realizará esta ação e a nutricionista será envolvida nestas atividades.

-Organizar práticas coletivas para orientação de atividades físicas e envolver educadores físicos nestas atividades.

Detalhamento: Estas ações serão feitas mediante a organização de conversas dinâmicas de grupo e com o apoio do educador físico da área e a nutricionista.

➤ **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

➤ **Engajamento público**

- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, a realização de atividade física regular e o risco de tabagismo:

Detalhamento: Poderá ser feita por qualquer membro da equipe de saúde, semanalmente em palestras, atividades do grupo, ou dia a dia, por meio de murais e cartazes informativos.

➤ **Qualificação da prática clínica**

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, promoção da prática de atividade física regular, o tratamento de usuários tabagistas e orientação de higiene bucal: Detalhamento: Serão feitas nas reuniões da equipe, por médico, enfermeiros e outros membros da equipe do NASF.

A equipe de saúde trabalhará na realização de ações coletivas a esta população alvo. Serão abordadas com profundidade as temáticas relacionadas com alimentação saudável, rica em frutas e vegetal, com redução de sal, gorduras trans e carboidratos.

➤ **Organização e gestão do serviço**

-Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

-Envolver nutricionista nestas atividades.

-Organizar práticas coletivas para orientação de atividades físicas e envolver educadores físicos nestas atividades.

Detalhamento: Estas ações serão feitas mediante a organização de palestras, conversas dinâmicas de grupo e com o apoio do educador físico da área e a nutricionista.

➤ **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

➤ **Engajamento público**

- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, a realização de atividade física regular e o risco de tabagismo:

Detalhamento: Pode ser feito por qualquer membro da equipe de saúde, semanalmente em palestras, atividades do grupo, ou dia a dia, através de murais e cartazes informativos.

➤ **Qualificação da prática clínica**

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, promoção da prática de atividade física regular, o

tratamento de usuários tabagistas e orientação de higiene bucal:
 Detalhamento: Serão feitas nas reuniões da equipe, por médico, enfermeiros e outros membros da equipe do NASF.

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

➤ **Organização e gestão do serviço**

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

➤ **Monitoramento e avaliação**

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

➤ **Engajamento público**

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

➤ **Qualificação da prática clínica**

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

Detalhamento: esta ação será realizada com apoio do professor de educação física da equipe do NASF, o qual indicará para estes usuários como devem ser os exercícios a realizar. Deve ser feito todas sextas feiras numa área próxima ao posto de saúde.

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

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

➤ **Organização e gestão do serviço**

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: • Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade, por meio de apoio do NASF.

➤ **Monitoramento e avaliação**

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

➤ **Engajamento público**

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

Detalhamento:

➤ **Qualificação da prática clínica**

- 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.

Detalhamento: Será feito um grupo de usuários alcoolistas e com hábito de tabagismo dentro do mesmo grupo de HIPERDIA para realizar ações mais diretas sobre estes fatores de riscos.

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

➤ **Organização e gestão do serviço**

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

Detalhamento: isso pode ser planejado na reunião de equipe, o responsável é o coordenador e será supervisionado pela enfermeira mediante o coordenador da UBS.

➤ **Monitoramento e avaliação**

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

Detalhamento: O monitoramento da realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos será realizada através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados.

➤ **Engajamento público**

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

Detalhamento: Serão ofertadas nas consultas individuais e em palestras estas informações, por toda a equipe de saúde.

➤ **Qualificação da prática clínica**

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Será realizado nas reuniões de capacitação, sob a coordenação da médica.

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

➤ **Organização e gestão do serviço**

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

Detalhamento: o tempo médio de consultas será de 30 minutos para explicar detalhadamente a cada usuário sobre a importância de manter uma boa higiene bucal.

➤ **Monitoramento e avaliação**

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

➤ **Engajamento público**

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

Detalhamento: esta ação se realizará mediante as orientações individuais na consulta e palestras feitas na UBS pela equipe de saúde.

➤ **Qualificação da prática clínica**

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Esta ação será realizada nas reuniões semanais de capacitação da equipe, contando com a ajuda da equipe de saúde bucal.

3.2 Indicadores:

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

META 1.1:

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

1.1. 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 ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

META 1.2:

1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao 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 ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

META 2.1:

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.

META2.3. 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.

META2.4. 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.

META2.5. 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.

META2.6. 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.

METAS 2.7:

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

INDICADORES 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 a área de abrangência da unidade de saúde.

METAS 2.8:

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

INDICADORES 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 a área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

INDICADOR 3.1 Proporção de hipertensos faltosos 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.

META3. 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.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

META4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

INDICADOR4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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.

METAS4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

INDICADOR4.2. 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.

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.

INDICADOR5.1 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.

INDICADOR5.2. 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.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

META6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

INDICADOR6.1. 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.

META6.2. 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.

META6.3. Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

INDICADOR6.3. 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.

META6.4. Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

INDICADOR6.4. 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.

META6.5. 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.

META6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

INDICADOR6.6. 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.

META6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

INDICADOR6.7. 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.

INDICADOR6.8. 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.

3.3 Logística:

Para realizar a intervenção na UBS Pastor João Braz direcionada à saúde dos Hipertensos e Diabéticos vamos adotar o Caderno de Atenção Básica de Hipertensos e Diabéticos do Ministério da Saúde, 2013. O mesmo está disponível na unidade, além dos prontuários já existentes dos usuários. Adotaremos a ficha espelho preconizada pelo curso de especialização em saúde da família da UFPEL para coleta dos indicadores. Foi solicitada à secretaria de saúde uma impressora para imprimir as mesmas.

Inicialmente, ofereceremos uma capacitação do pessoal envolvido na intervenção e estes temas serão tratados em todas as reuniões semanais de equipe.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos será realizado por todos os profissionais da equipe, em todos os horários de funcionamento da UBS. A busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos e casos novos será feita pelos ACS nas visitas domiciliares e mediante a tomada da medida da pressão arterial e a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Para que esta ação seja feita temos que ter esfigmomanômetro, estetoscópio e material para fazer o teste da glicose. Estes materiais serão garantidos pela secretaria de saúde do município.

Assim que forem diagnosticados, serão cadastrados pela recepcionista no cadastro geral da unidade e as consultas serão agendadas. Será organizado também o Grupo de Hipertensos e Diabéticos que será divulgado na comunidade da área da UBS pela equipe em geral, os ACS, cartazes informativos e líderes comunitários, para assim ampliar o número de Hipertensos e Diabéticos acompanhados na UBS e esclarecer sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Na unidade temos os prontuários bem identificados com ficha anexa (preexistente) de Hipertensão e Diabetes, mas estaremos ainda utilizando a ficha espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). As fichas-

espelhos serão xerocadas e ficarão disponíveis na UBS para o preenchimento das informações dos hipertensos e diabéticos durante o atendimento.

Após o cadastramento dos usuários, se iniciarão as atividades de consulta médica agendada, com reavaliações a cada três meses. Os usuários e seus acompanhantes receberão orientação de hábitos de vida saudáveis, nas consultas e nas palestras e serão encaminhados para a avaliação especializada caso seja necessário; os exames complementares serão feitos no laboratório do município, também podemos contar com o laboratório da Maternidade e do Hospital Regional do Juruá.

Os medicamentos para estes usuários serão garantidos pelo município e pela Farmácia Popular, onde existirá um registro do tratamento de cada um, explicando a gratuidade dos mesmos e a importância de cumprir com o tratamento para evitar complicações futuras. A técnica de farmácia revisará o estoque de medicamentos existentes na unidade semanalmente e fará um pedido correto para garantir as necessidades destes usuários com doenças crônicas.

A implementação de grupos de usuários mensais será muito importante para manter educação continuada à comunidade. Estes serão realizados pelo médico e enfermeira, podem participar também a técnica de enfermagem e alguns ACS, assim todos estarão envolvidos nos objetivos de conseguir maior adesão da comunidade. As palestras podem ser conduzidas com a utilização de instrumentos clássicos e expositivos, como power point, banner e folders educativos.

11-Monitorar o número de HAS e DM acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.	x				x				x			
12-Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a usuários acamados ou com problemas de locomoção.	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x
13-Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de HAS e DM solicitando apoio para a captação de hipertensos e diabéticos.	x				x				x			
14-Atendimento clínico dos Hipertensos e Diabéticos.	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x
15-Grupo de HIPERDIA.			x				x				x	
16-Supervisionar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos HAS e DM adotado pela unidade de saúde.	x				x				x			
17-Averiguar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia	x				x				x			
18-Monitoramento da intervenção.	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x

3 Relatório da Intervenção

Conforme proposto, buscando objetivos específicos e metas pré-estabelecidas, no intuito de melhorar a qualidade de atenção ao usuário adulto hipertenso e/ou diabético, baseado no protocolo do Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão e Diabetes, 2006), deu-se a intervenção. Esta teve a duração de 12 semanas, tendo início no mês de Março e término no mês de Maio.

Para a implementação do projeto, foram desenvolvidas diversas ações nos quatro eixos seguintes: qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e gestão, visando atingir as metas estipuladas no projeto.

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

As reuniões de equipe semanais foram sem dúvida um dos elementos facilitadores à intervenção ao proporcionar um ponto de encontro comum, um espaço aglutinador, discussões, proposições e sugestões que se deram ao longo do processo.

Na primeira semana iniciamos o projeto com a realização de uma capacitação da equipe, onde participaram todos os agentes comunitários, o coordenador da unidade, as técnicas de enfermagem e as enfermeiras. Ali praticamos o preenchimento das cadernetas e fichas espelho, fizemos o estudo do protocolo de atendimento dos hipertensos e ou diabéticos, elaboramos um plano de ações para cumprir com nossas metas e objetivos.

Explicamos sobre a necessidade de oferecer nas visitas domiciliares, nos grupos e nas consultas individuais orientações sobre a importância da prática de atividade física regular com participação ativa e massiva dos usuários, alimentação saudável, evitar o hábito de fumar dentre outras. Todas estas orientações estavam previstas nas ações referentes ao objetivo de promoção de saúde desta população.

As ACS foram capacitadas para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e a equipe de enfermagem foi capacitada para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, além da verificação da pressão

arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, tendo como referência a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) e o Caderno de Atenção Básica para Hipertensão (2006).

O cadastro no Programa HIPERDIA da UBS foi assumido pela equipe de enfermagem, principalmente pelas técnicas e estagiárias de enfermagem da UFAC. Deu-se progressivamente à medida que os usuários compareciam às consultas previamente agendadas e o primeiro acolhimento foi feito pela recepcionista do posto. Foi utilizado um livro de registros e a ficha espelho.

Foi garantido o registro dos hipertensos cadastrados no Programa através de prontuário clínico, além da ficha espelho e o cartão do hipertenso/diabético.

O material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e do hemoglicoteste foi garantido durante todo o período na unidade de saúde.

Houve melhora do acolhimento para os portadores de hipertensão e/ou diabetes, desde sua chegada ao posto o pessoal da recepção e triagem foram orientados neste aspecto.

Os informes à comunidade têm sido repassados de forma individual por toda a equipe de saúde que foi capacitada para tal, seja na UBS ou em visitas domiciliares, sempre que oportuno. Destacam-se os informes sobre a existência do Programa do HIPERDIA da UBS; sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, estas informações foram transmitidas durante o desenvolvimento das palestras realizadas na UBS pela enfermeira e o médico, com uma frequência quase semanal, onde assistiram grande quantidade dos usuários e a população em geral.

Para melhorar a adesão ao programa foi revisada a forma de agendamento procurando facilitar ainda mais o acesso. O atendimento no posto foi feito todos os dias da semana com o mínimo de quinze prontuários agendados e cinco para a demanda espontânea. Nas quintas-feiras pela parte da manhã foram feitas as visitas domiciliares, as quais foram de muita importância para o projeto porque serviram para recuperar usuários faltosos nas consultas e às vezes

encontramos e cadastramos novos doentes com HAS e DM. Permaneceu a garantia da consulta de retorno e foiflexibilizado o re-agendamento de faltosos.

A comunidade foi informada e orientada pelos ACS sobre a existência do programa Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus desenvolvido na unidade de saúde. Nas palestras feitas pela médica e a enfermeira, as pessoas idosas e a população em geral foram informadas da importância de procurar o posto para controlar suas doenças ou prevenir a aparição das complicações, assim como a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Foi pactuada a busca aos faltosos preferencialmente via ACS através de visitas domiciliares. Para isso foi elaborado um registro defaltosos e um cartão de notificação aos mesmos.

Para melhorar a qualidade do atendimento foram disponibilizadas nos dois turnos de trabalho atendimentos com prioridade aos usuários diabéticos e hipertensos. A duração das consultas era em torno de 20 a 30 minutos/ consulta. Em muitas ocasiões ultrapassavam os limites do turno. O preenchimento final da ficha-espelho, o lançamento dos dados na planilha e o monitoramento eram realizados fora do expediente pelo médico.

Para cumprimento do protocolo houve um aumento no grau de complexidade do atendimento. Além do habitual acolhimento pela recepção e pela triagem rotineira a que estávamos acostumados eram cadastrados e realizada a pesagem rotineira, hemoglicoteste (quando pertinente) e sua altura aferida. Os dados da triagem eram anotados tanto no prontuário quanto na ficha-espelho.

A longa espera pela consulta era compensada pela qualidade da mesma. A satisfação era notória pela maioria. As consultas foram padronizadas: anamnese, exame físico, incluindo exame dos pés, solicitação de exames complementares, orientações, prescrições, encaminhamentos a odontologia, oftalmologia e a outras especialidades, quando necessário.

O exame clínico foi monitorado. As atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários hipertensos e/ou diabéticos foram definidas. A equipe foi capacitada para a realização de exame clínico apropriado. Orientações quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente são dadas aos usuários individualmente e também à comunidade.

O número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo foi monitorado. A equipe foi capacitada para seguir o protocolo quanto a solicitação de exames complementares. A orientação aos usuários individualmente e à comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade foram dadas nas visitas domiciliares e consultas.

O acesso aos medicamentos na UBS foi dificultado devido à irregularidade no fornecimento dos mesmos, o qual foi tratado com o coordenador do posto e a gestão municipal. A equipe foi capacitada e os usuários foram orientados para recorrer à Farmácia Popular. Apesar desta alternativa, a dificuldade de acesso a medicamentos na UBS é um fator que favorece o tratamento irregular.

Para melhorar a qualidade de registros, além do prontuário clínico, foi adicionada a ficha-espelho. A equipe foi capacitada para o preenchimento de todos os registros; o monitoramento dos registros foi realizado; o SIAB foi atualizado ao fim da intervenção e os usuários receberam orientação sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde.

Para mapear os usuários de risco para doença cardiovascular foi realizada a estratificação de risco cardiovascular através de fatores de risco e/ou lesões de órgão alvo e uso do escore de Framingham (modificado, 2008); as consultas foram reagendadas de acordo com o risco cardiovascular; os usuários foram devidamente orientados quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, além da importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis; a equipe foi também capacitada para a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Para promoção da saúde: foram garantidas aos usuários orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e riscos do tabagismo; foi demandado ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos e nutricionistas. Não houve avanço além da promessa em relação à implantação do NASF, o que não se efetivou durante a intervenção.

Foi liberado um dos medicamentos para o tratamento do tabagismo, num processo moroso de cadastramento. Nenhum usuário recebeu tratamento tabagista medicamentoso durante a intervenção.

O monitoramento quanto a garantia das orientações acima referidas foi realizado pela médica; a equipe recebeu capacitações quanto aos mesmos.

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

Nossas maiores dificuldades foram: a demora nos resultados dos exames complementares, devido a sobrecarga no laboratório, já que o município consta só com um laboratório da rede pública e a população em geral não tem acesso aos laboratórios privados pelo alto custo dos mesmos, e, a avaliação odontológica, já que não temos dentista em nossa UBS e torna-se muito dificultoso para que o atendimento seja feito em outro posto de saúde. Também a avaliação multidisciplinar foi prejudicada devido ao déficit de especialistas no município. Os poucos especialistas que atendem pelo SUS não conseguem suprir a demanda. Quanto ao estoque de medicamentos também temos encontrado algumas dificuldades, já que sempre estava em falta grande quantidade de medicamentos importantes e de uso frequente.

Na farmácia da UBS contamos com pelo menos algum analgésico, antipirético, antiparasitário, antialérgico e antibiótico tanto para adultos como para crianças. Temos também alguns medicamentos para as doenças crônicas, que são recebidos uma vez ao mês e quando eles acabam os usuários são encaminhados para a Farmácia Popular para adquiri-los. Esta fica relativamente perto da unidade de saúde e os usuários uma vez cadastrados têm a possibilidade de adquiri-los todos os meses. Quase sempre a demanda foi maior que a quantidade de medicamentos disponíveis.

Outro ponto de limitação foi que em determinado momento da nossa intervenção não contamos com todos os membros da equipe por diversas razões, férias (enfermeira e ACS), assim como cursos e capacitações oferecidas pela secretaria de saúde do município. Os feriados diminuíram os dias úteis para a intervenção.

A gestão, apesar de oferecer o apoio verbal, foi morosa em prover materiais (cópias de ficha espelho que em várias ocasiões foram adquiridas

com recursos próprios, folhas de prontuário) e na atualização de cadastros; irregular no fornecimento de medicamentos; impôs barreiras burocráticas para a realização de exame laboratorial.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à Intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores:

Apesar de pactuado, logo de início houve certa dificuldade e resistência no preenchimento da ficha-espelho e cadastramento por parte das técnicas e estagiárias em enfermagem, devido ao tempo despendido para seu preenchimento, por isso o médico teve que assumir esse trabalho até que os demais membros da equipe aprendessem como fazer e pegassem a prática.

3.4 Análises da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra:

. Depois de concluir nossa intervenção posso dizer que o programa de atenção ao hipertenso já é uma realidade na UBS Pastor João Braz. Hoje o usuário hipertenso e/ou diabético é cadastrado e segue todo um protocolo de atenção individual que preza por excelência em qualidade. A ficha espelho é um mapa que facilita esse processo e já está incorporada ao serviço, bem como o monitoramento das ações.

A incorporação do exame físico sistematizado, incluindo o exame dos pés; a garantia dos exames complementares (de acordo com o protocolo); registros de qualidade, visita domiciliar aos faltosos, garantia da consulta de retorno, facilidades em agendamento, orientações preventivas sistematizadas, tudo isso agora é realidade também, melhorando ainda mais nosso trabalho.

É preciso continuar estreitando os laços com a gestão e juntos tentar encontrar soluções para os problemas identificados, como os já citados acima e participar na sugestão de políticas de longo prazo que contribuam com a melhoria da APS.

É primordial e de muita importância manter o trabalho organizado dia a dia a fim de superar qualquer dificuldade que se apresente e conseguir a interação da equipe em todas as atividades realizadas na UBS (palestras, campanhas de vacinação, visitas domiciliares e capacitações).

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Finalizada a Intervenção na ESF Pastor João Braz, no município de Cruzeiro do Sul, apresento os resultados alcançados ao longo de três meses (março-maio) de realização do Projeto de Intervenção em melhoria da qualidade de atenção ao usuário adulto hipertenso e/ou diabético.

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

META 1.1 Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

O cadastramento de alguns usuários para o programa de atenção a HAS e DIA deu-se de forma gradativa durante o período de intervenção, à medida que os usuários compareciam às consultas na UBS, graças ao trabalho das ACS no território, nas visitas domiciliares e a divulgação mediante cartazes na UBS.

Conforme esperado a curva de cadastramento em gráfico foi ascendente. Foram cadastrados no primeiro mês 36(31,3 %) usuários, no segundo mês 72 (62,6 %) e no terceiro mês 115 chegando a 100 %, superando a meta estabelecida.

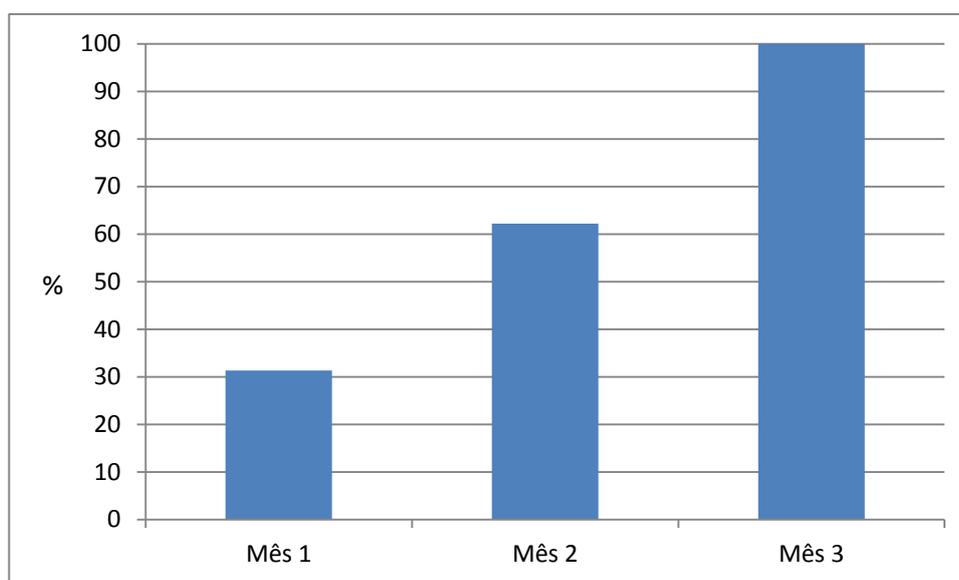


Figura 1- Cobertura de hipertensos cadastrados na UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, Acre, 2015.

META 1.2 Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Foram cadastrados 33 diabéticos, muita além da estimativa de 15 da área que tínhamos registrado anteriormente na UBS, já que no trabalho realizado pelos ACS foram encontrados novos diabéticos e começamos o acompanhamento dos mesmos na unidade de saúde. Estes usuários foram descobertos nas visitas domiciliares referidos por eles mesmos e também na triagem quando fazíamos o glicoteste. No primeiro mês cadastramos 10(30,3%) no segundo, 21(63,6%) no terceiro 33 (100%).

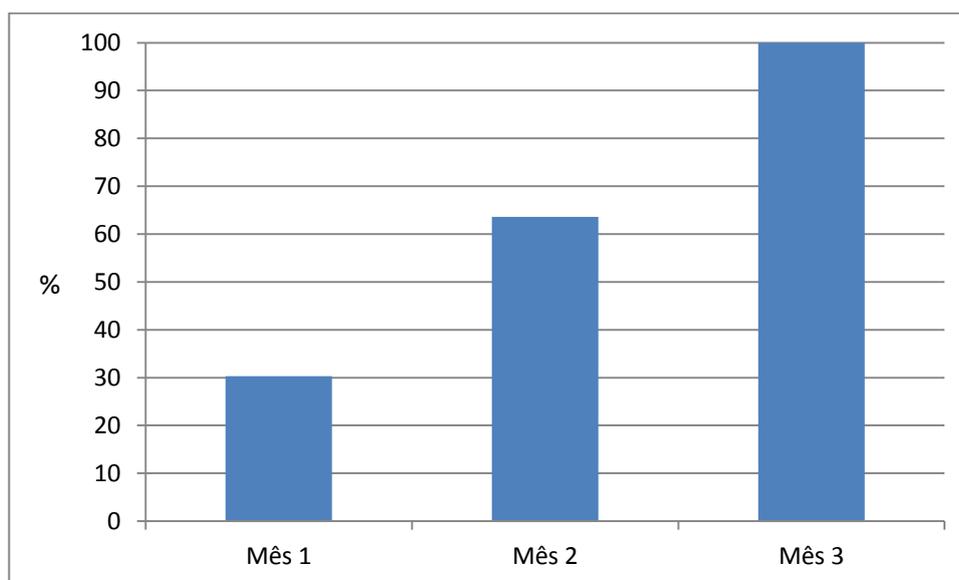


Figura 2- Cobertura de diabéticos cadastrados na UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, Acre.

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.

Em relação aos hipertensos, 33 usuários (91,7%) estavam em dia com o exame clínico no primeiro mês, 67 (93,1%) no segundo, no terceiro 110 (97,5%). Não conseguimos atingir a meta de fazer o exame aos 100 % dos usuários

hipertensos já que teve alguns faltosos e durante a visita domiciliar o exame físico não foi feito com a maior qualidade devido à falta das condições apropriadas para uma adequada consulta, por exemplo, boa iluminação, presença de maca para a realização do exame físico completo entre outras. Na UBS foi destinado um dia para a atenção prioritária a este grupo de usuários, mas quando chegavam em dia diferente do programado também eram atendidos. O exame físico completo foi feito na consulta, buscando sempre alterações nos órgãos alvos.

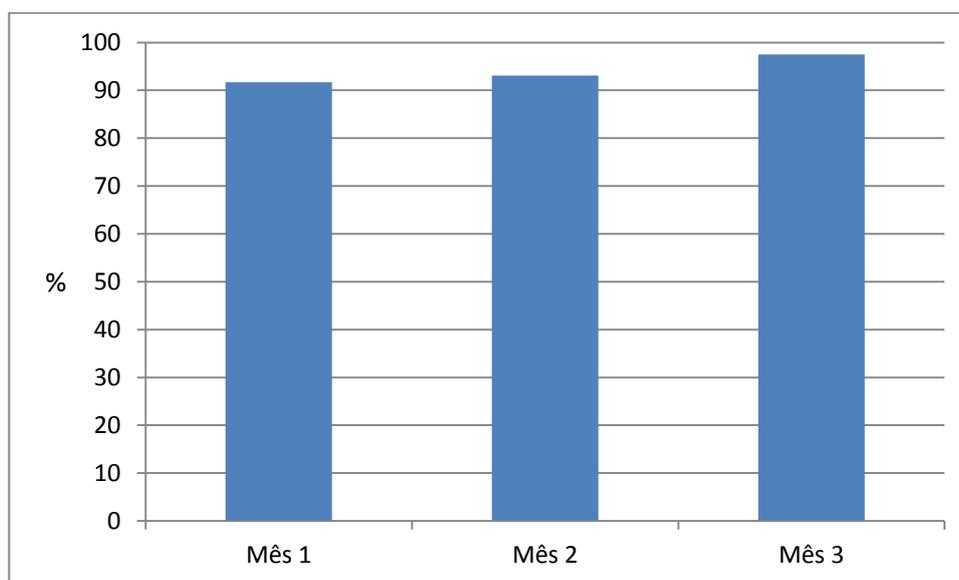


Figura 3- Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, ACRE.

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.

Em relação aos diabéticos, 9 (90%) dos usuários estavam em dia com o exame clínico no primeiro mês, no segundo 20 (95,2%) e no terceiro 32(97%).Aqui aconteceu a mesma situação que com os hipertensos. O exame clínico completo foi feito com a maior qualidade,buscando diagnosticar complicações da doença e lesões em órgãos alvos.

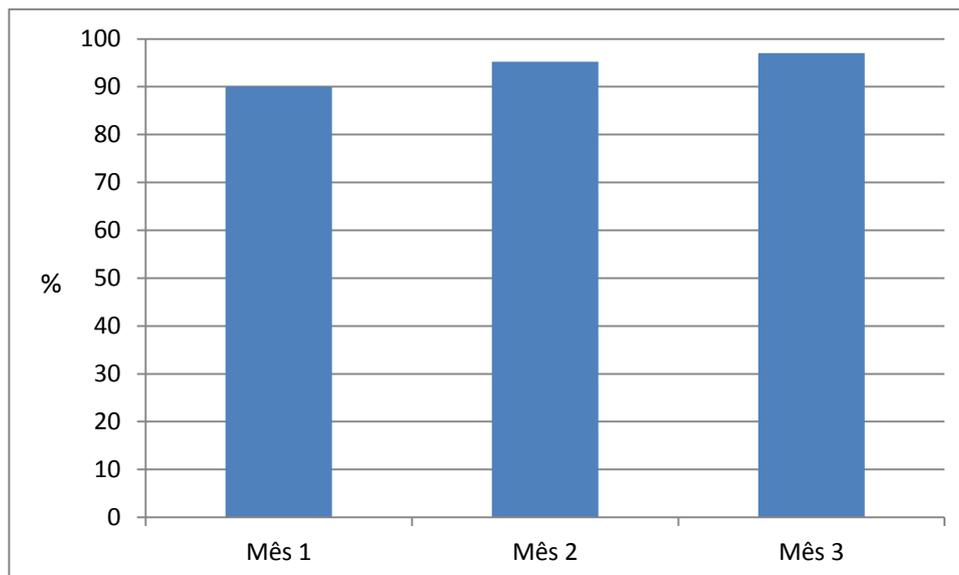


Figura 4- Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, ACRE.

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.

Em relação aos exames complementares no primeiro mês foram 28(77,8%), 54(75%) no segundo mês e 84(73 %) no terceiro mês.

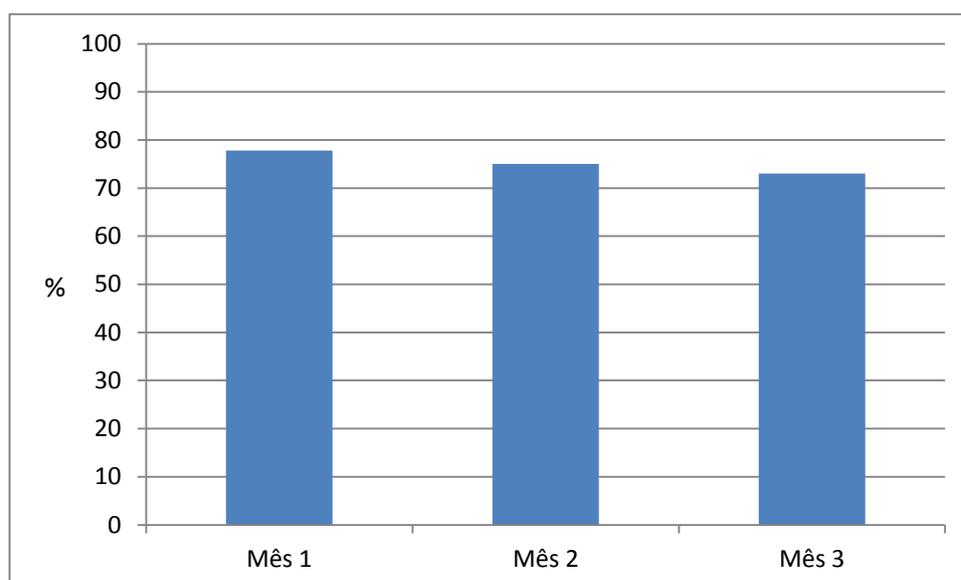


Figura 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, ACRE.

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.

No primeiro mês tivemos um total de 8(80%) diabéticos com os exames complementares em dia, 18(85,7%) no segundo mês e no terceiro foram 28, chegando a 84,8 %.

Em relação aos exames complementares, os resultados obtidos ficaram aquém da meta estabelecida, porém com curva em gráfico ascendente durante a intervenção, tanto para os hipertensos quanto para os diabéticos, demonstrando tendência favorável a alcançar a meta pré-estabelecida a médio e longo prazo.

Os baixos resultados encontrados neste aspecto devem-se ao fato de contarmos com apenas um laboratório da rede pública no município e nem todos os usuários têm condições de fazer seus exames em laboratórios privados, também há demora na realização dos mesmos, já que a demanda é maior que a oferta.

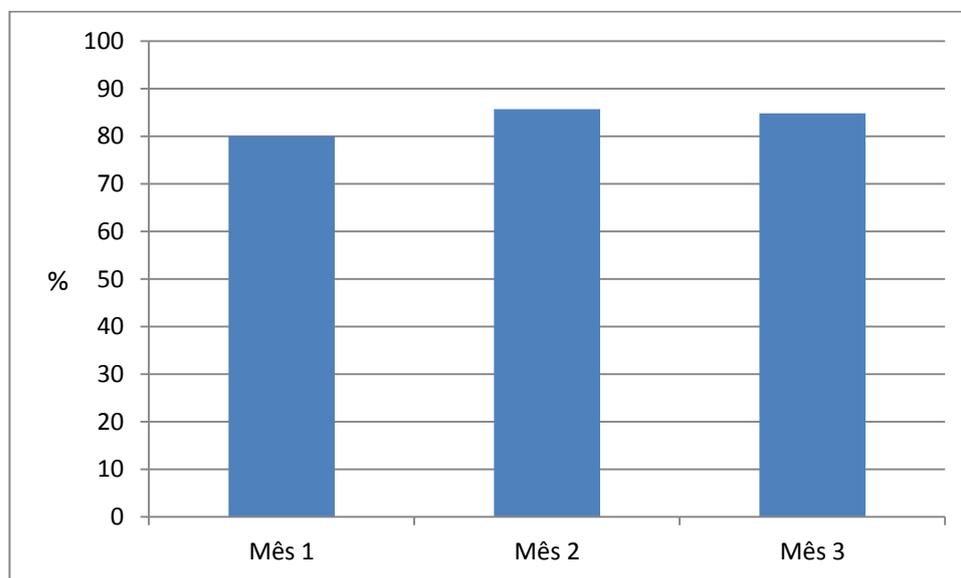


Figura6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, ACRE.

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.

No primeiro mês encontramos 27 (75 %) usuários que tinham tratamento com medicamentos da Farmácia Popular, no segundo mês foram 56(77,8%) e no terceiro mês 91(79,1%).

Comenta-se aqui que os usuários em uso de outros medicamentos fora da rede geralmente assim o fazem, seja porque já vieram orientados e bem controlados por serviços privados e optam por dar continuidade ao mesmo tratamento, seja por necessidade, quando há falha terapêutica com os medicamentos da rede.

Em relação aos diabéticos, atualmente somente dois hipoglicemiantes orais são ofertados pela rede. Muitos usuários ainda optam por acesso externo à rede por outro hipoglicemiante oral na tentativa de obter controle do diabetes antes de fazerem uso da insulina.

Em contrapartida a rede oferece vários anti-hipertensivos o que facilita o controle dos hipertensos.

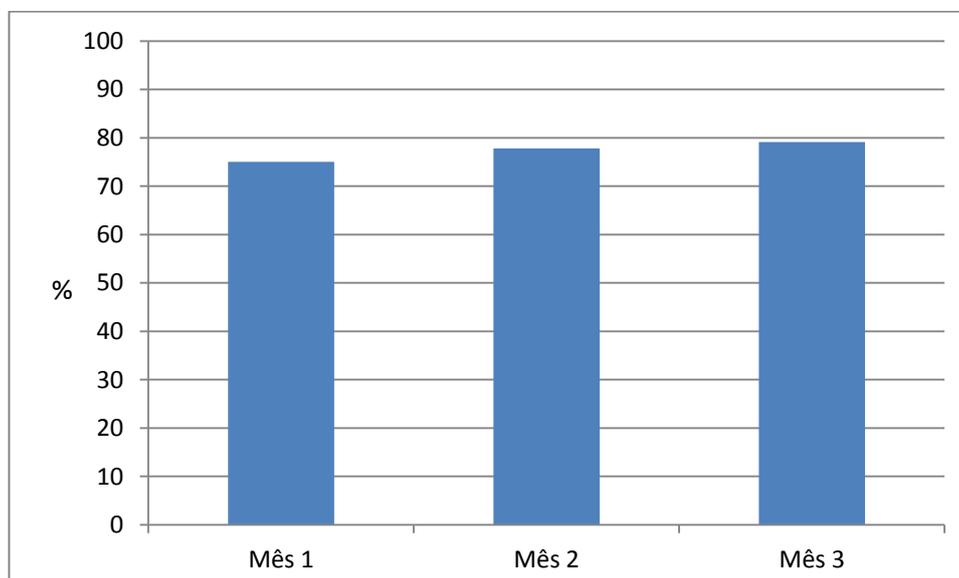


Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, ACRE.

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.

No caso dos diabéticos no primeiro mês encontramos 9(90,0%) de usuários com esta condição no segundo mês 19(90,5%) e no terceiro mês 30(90,9%).

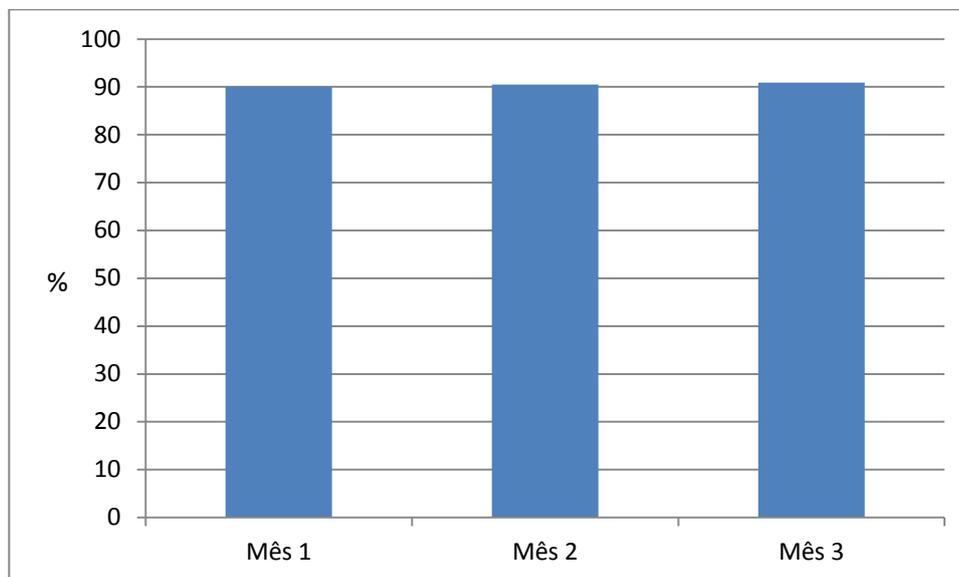


Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, ACRE.

META 2.7. Garantir avaliação odontológica a 100 % dos hipertensos.

INDICADORES 2.7 Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Em relação aos hipertensos, 07 usuários (19,4%) tiveram avaliação odontológica no primeiro mês, 14(19,4%) no segundo e 17 (14,8%) no terceiro.

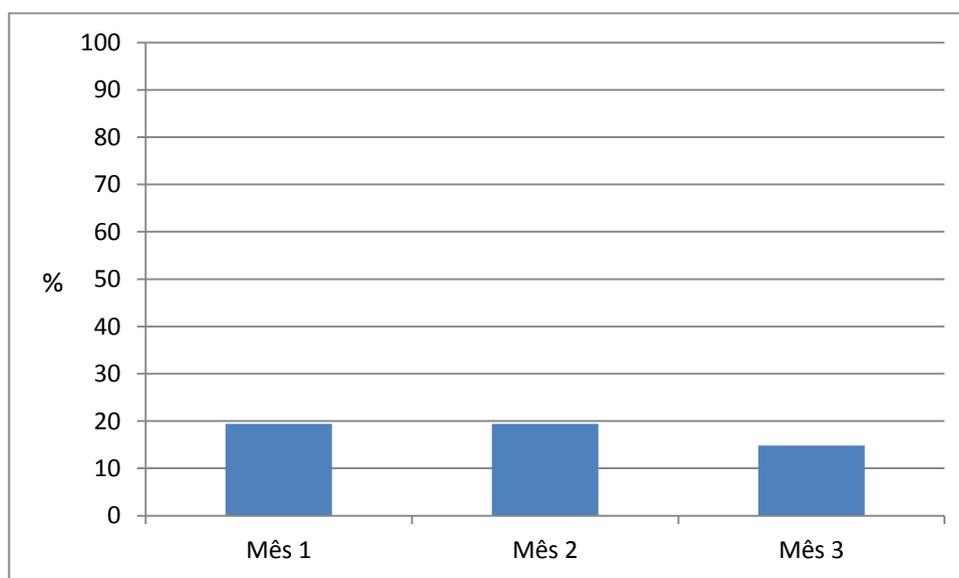


Figura 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, ACRE.

METAS 2.8. Garantir avaliação odontológica a 100 % dos diabéticos.

INDICADORES 2.8 Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Em relação aos diabéticos, 02 usuários (20%) tiveram avaliação odontológica no primeiro mês, 6 (28,6%) no segundo, 6 (18,2%) no terceiro.

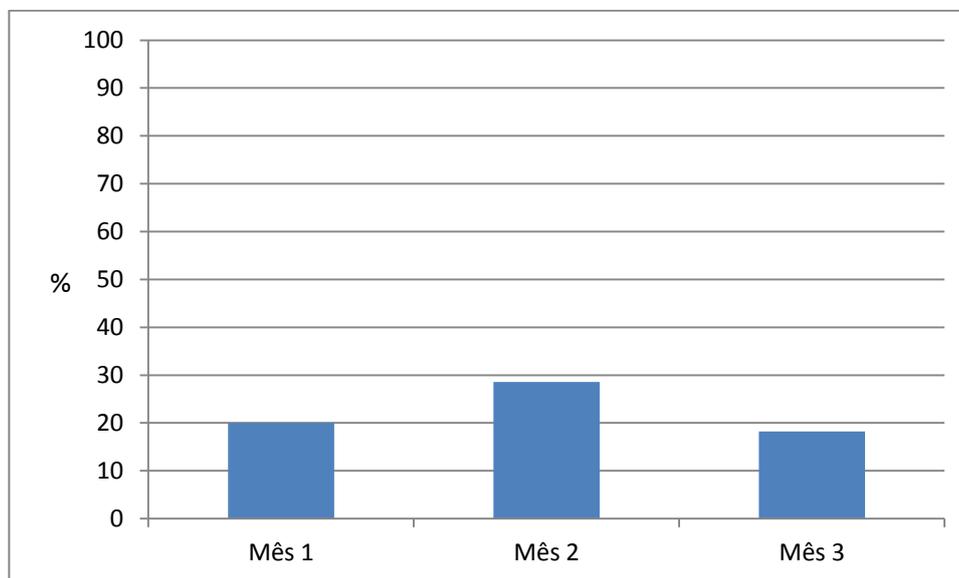


Figura 10: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, ACRE.

Esta meta não foi atingida já que na nossa UBS não temos dentista, portanto, não oferecemos este serviço. Os usuários tem que ser encaminhados para o posto de saúde mais próximo que realize este serviço. Alguns não conseguem ir e nos casos que vão até lá, às vezes não tem vaga ou como o atendimento é agendado demora muito e quase nenhum deles volta para realizar a consulta odontológica agendada. Os que já tinham avaliação odontológica quase todos haviam sido atendidos na rede privada.

META: 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas.

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

A proporção de hipertensos faltosos à consulta programada foi assim: no primeiro mês tivemos 8 usuários faltosos, deles foi feita sua busca ativa 6, representando 75% dos faltosos nesse período. No segundo mês de 6 usuários faltosos, 3 (86,4%) usuários tiveram busca ativa nesse outro período. No terceiro mês de 3 usuários faltosos a consulta programada todos os usuários foram levados

pela busca ativa de agentes comunitários de saúde e enfermeira da equipe, mediante a realização das visitas domiciliares, representando 100%.

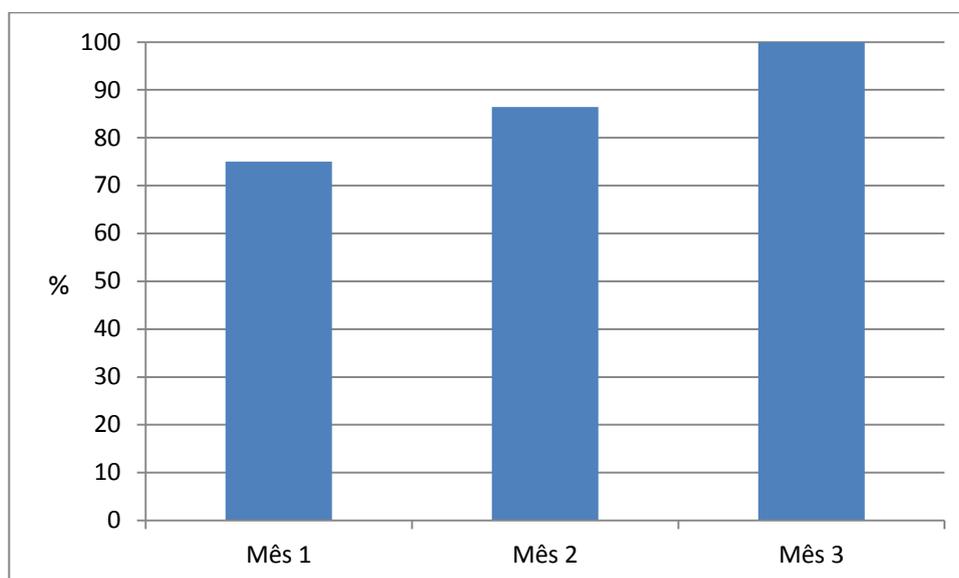


Figura 11: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa, UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, ACRE.

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.

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês tivemos dois usuários faltosos, deles se realizou a busca ativa só a um, representando 50 %, no segundo mês só tivemos 1 usuário faltoso, mas foi feita a busca ativa (100%) e no terceiro mês não tivemos nenhum usuário faltoso à consulta.

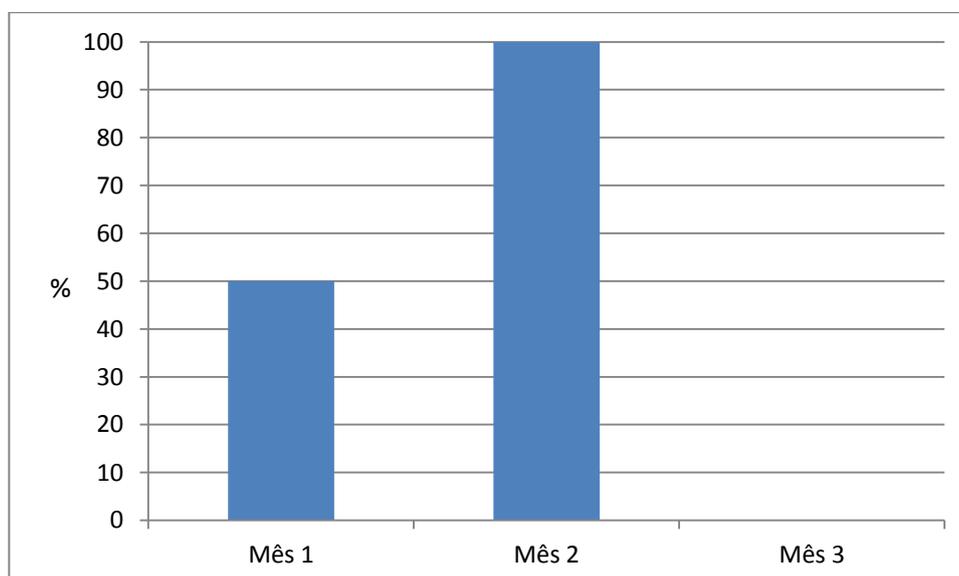


Figura 12: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa, UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, ACRE.

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

INDICADOR 4.1. Proporções de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Em relação aos hipertensos, 34 usuários (94,4%) tiveram seus registros adequados no primeiro mês, 69 (95,8%) no segundo e 115(100%) no terceiro mês. Este registro foi feito pela recepcionista do posto. Algumas dificuldades surgiram quando o usuário retornava à consulta e não apareciam os prontuários, fato este que foi solucionado reorganizando as pastas novamente pelo número da família.

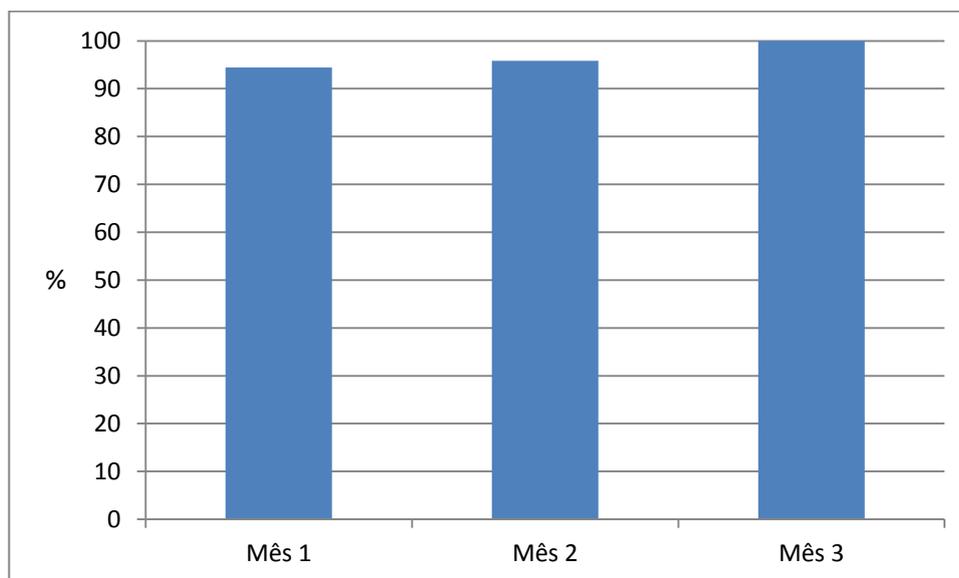


Figura 13: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, ACRE.

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

INDICADOR 4.2. Proporções de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Em relação aos diabéticos, 9 usuários (90%) tiveram registros adequados no primeiro mês, já no segundo e terceiro mês 100 % dos usuários tiveram seus registros adequados na ficha de acompanhamento. Aconteceu o mesmo que com os

usuários hipertensos, depois de reorganizar todas as pastas foi possível atualizar corretamente todos os registros na ficha de acompanhamento.

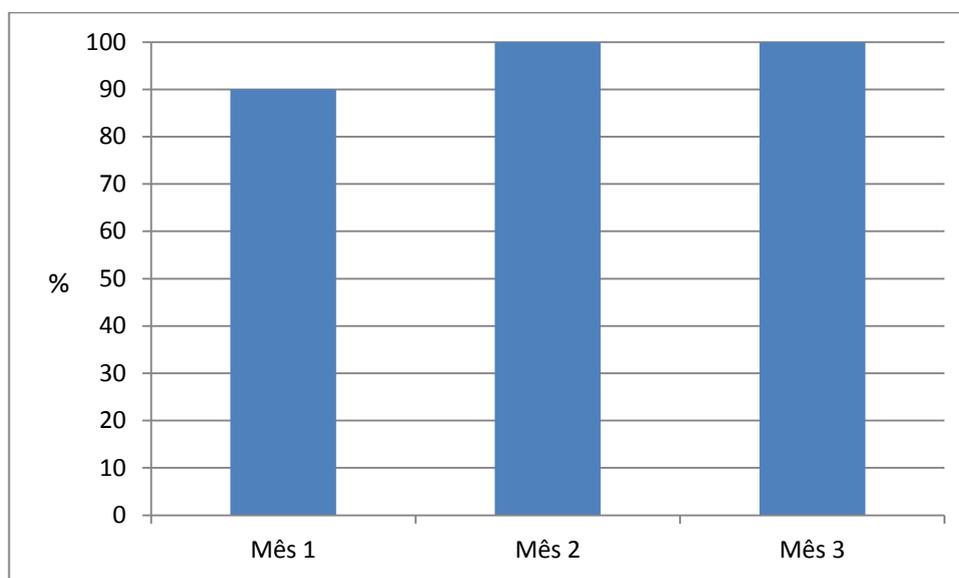


Figura 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, ACRE.

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.

Em relação aos hipertensos, 34 (94,4%) estavam com classificação de risco cardiovascular em dia no primeiro mês, 67 (93,1%) no segundo, 110 (95,7%) no terceiro mês.

Cada usuário foi avaliado clinicamente na primeira consulta, onde foi realizado um exame físico na busca de comorbidades e possíveis danos em órgãos alvos, classificando o risco cardiovascular segundo exame clínico. Mas para estratificação de risco cardiovascular segundo a escala de risco Framingham foi preciso indicar exames complementares e reavaliar o usuário, por isso sempre foi importante a reconsulta para avaliar estes parâmetros e classificar corretamente o usuário. Entretanto, se algum usuário quando voltava à consulta de reavaliação não trazia os resultados dos exames, então não era possível fazer a classificação de risco cardiovascular.

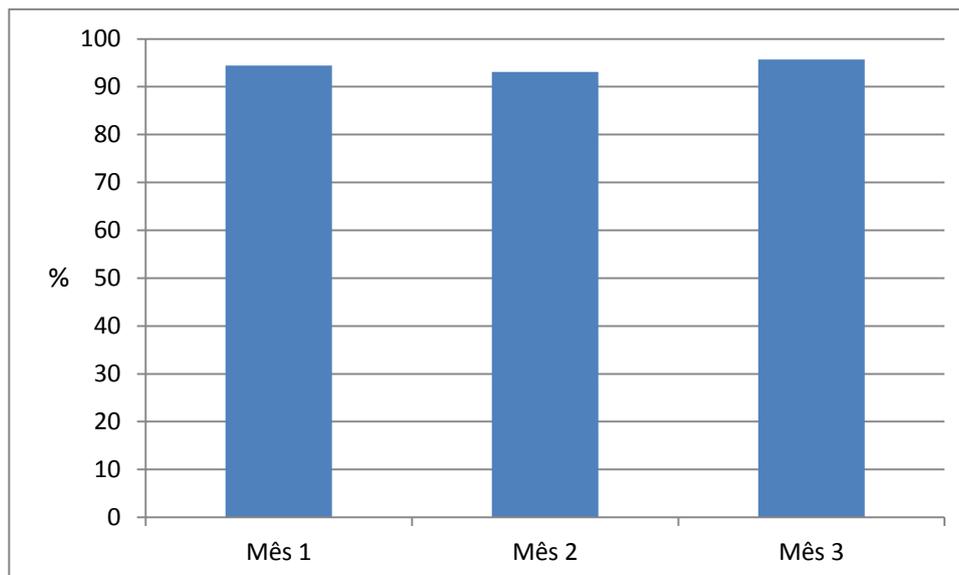


Figura 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, ACRE.

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.

Em relação aos diabéticos, 9 usuários (90%) estavam com a classificação de risco cardiovascular em dia no primeiro mês, 20(95,2%) no segundo e 32(97%) no terceiro mês.

Aqui cabe a mesma explicação que para os hipertensos.

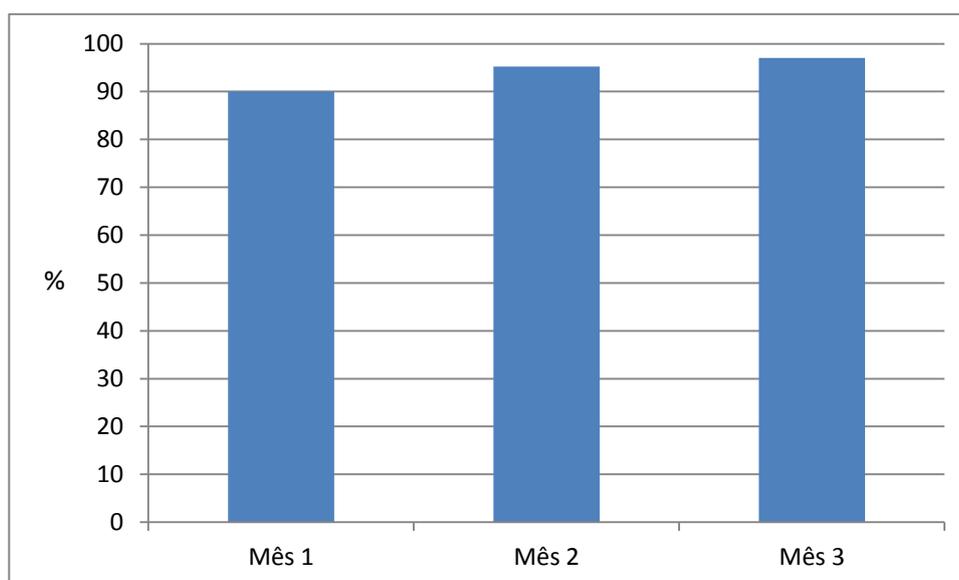


Figura 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, ACRE.

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.

Em relação aos hipertensos, 34 usuários (94,4%) haviam recebido orientação nutricional no primeiro mês, 67 (93,1%) no segundo, 110 (95,7%) no terceiro mês.

Nestes últimos gráficos podemos perceber que 100% dos usuários que foram avaliados tanto na consulta como na visita domiciliar receberam segundo os protocolos de atendimento as orientações em relação a: alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e saúde bucal. Àqueles que não receberam estas orientações foi porque faltaram à consulta e não foi possível realizar a busca ativa, mas constitui a minoria em cada caso. Estas orientações foram oferecidas por meio de palestras no posto, nas consultas e nas visitas domiciliares, onde foi possível explicar as dúvidas dos usuários e atender cada um deles individualmente. A equipe toda esteve envolvida nestas atividades.

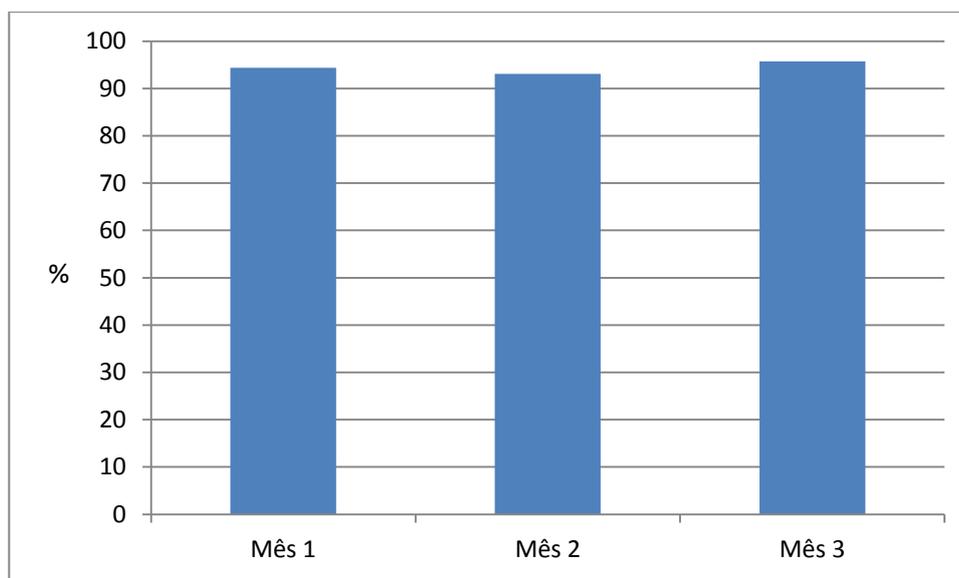


Figura 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, ACRE.

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.

Em relação aos diabéticos, 9usuários (90%) haviam recebido orientação nutricional no primeiro mês, 20(95,2%) no segundo e32 (97%) no terceiro mês com resultados bem próximos à meta estabelecida.

Nestes últimos gráficos podemos perceber que o 100 % dos usuários que foram avaliados tanto na consulta como na visita domiciliar receberam segundo os protocolos de atendimento as orientações em relação a: alimentação saudável, prática regular de atividades físicas, riscos do tabagismo e saúde bucal. Àqueles que não receberam estas orientações foi porque não compareceram à consulta e não foi possível realizar a busca ativa, mas constitui a minoria em cada caso. Estas orientações foram oferecidas através de palestras no posto, nas consultas e nas visitas domiciliares, onde foi possível explicar as dúvidas dos usuários e atender cada um deles individualmente.

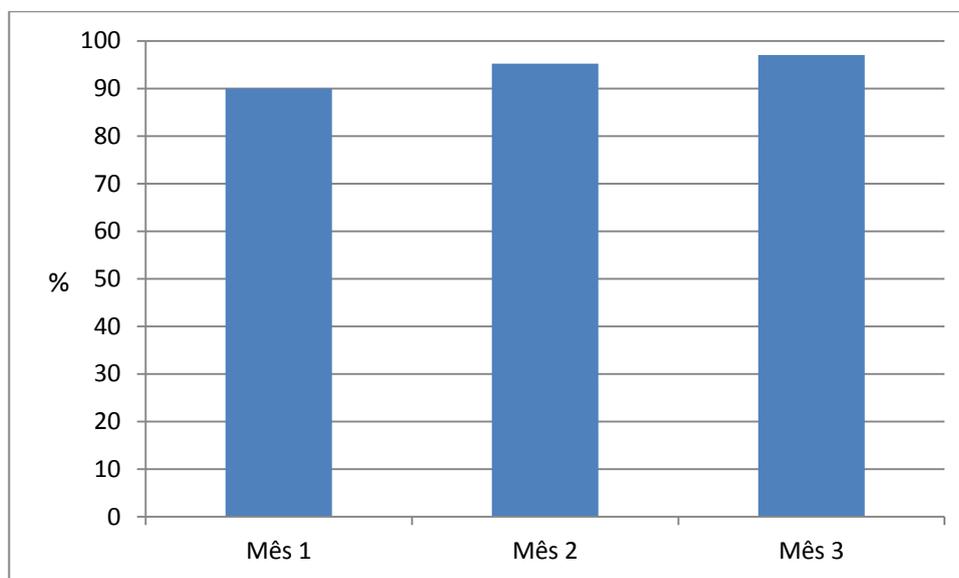


Figura 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, ACRE.

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.

Em relação aos hipertensos, 34 usuários (94,4%) haviam recebido orientação sobre a prática de atividade física no primeiro mês, 67(93,1%) no segundo e 110 (95,7%) no terceiro mês.

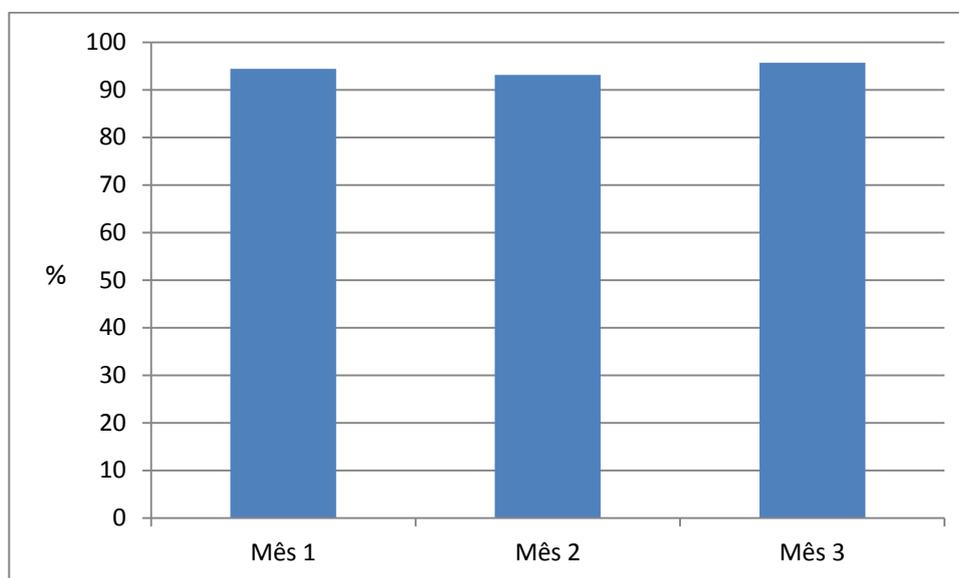


Figura 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular, UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, ACRE.

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

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

Em relação aos diabéticos, 9usuários (90%) haviam recebido orientação quanto a prática de atividade física no primeiro mês, 20 (95,2%) no segundo e 32 (97,0%) no terceiro mês.

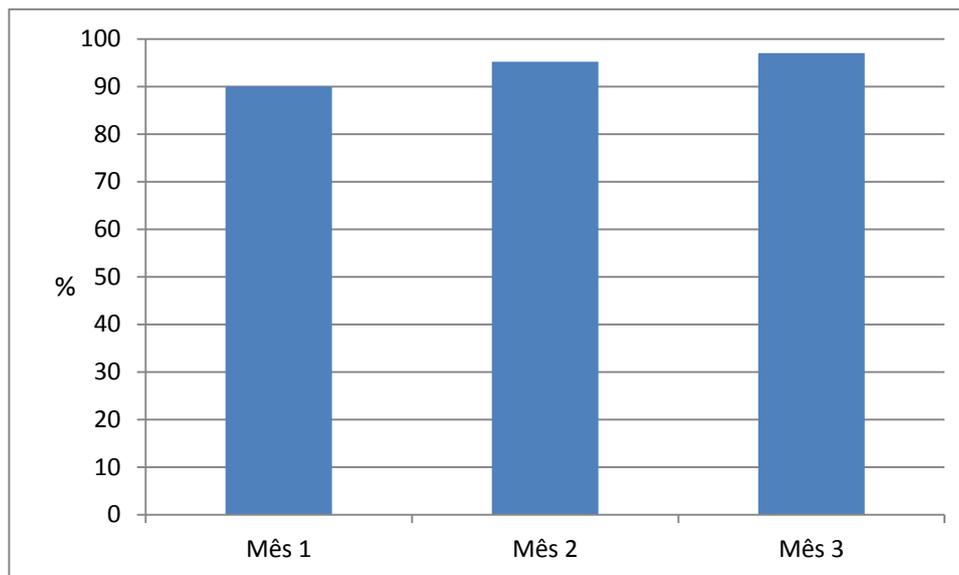


Figura 20: Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular, UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, ACRE.

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.

Em relação aos hipertensos, 34 usuários (94,4%) haviam recebido orientação quanto aos riscos do tabagismo no primeiro mês, 67 (93,1%) no segundo e 110 (95,7%) no terceiro mês, com resultados bem próximos à meta.

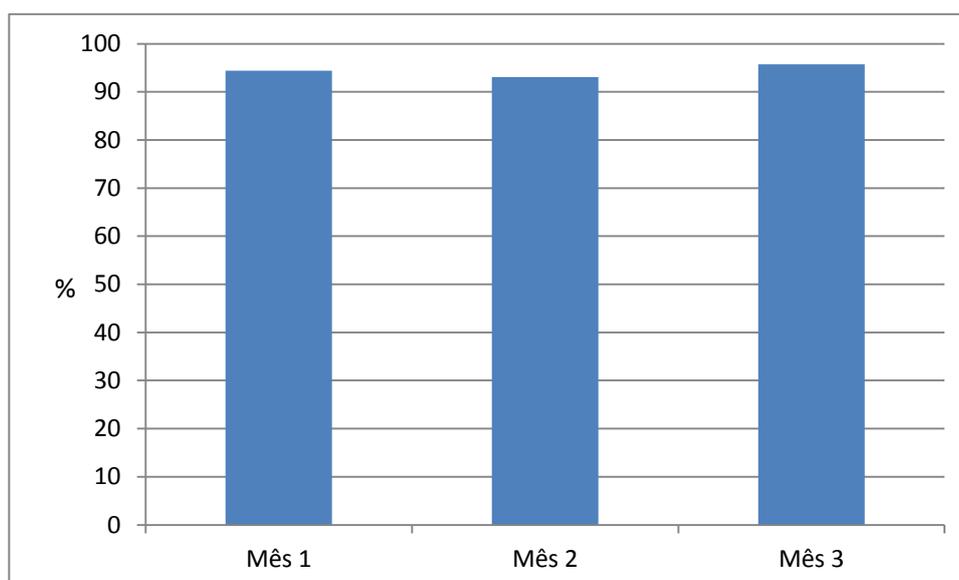


Figura 21: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, ACRE.

META 6.6. Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

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

Em relação aos diabéticos, 9 usuários (90 %) haviam recebido orientação sobre os riscos do tabagismo no primeiro mês, 20 (95,2 %) no segundo e 32 (97 %) no terceiro mês, com resultados bem próximos à meta estabelecida.

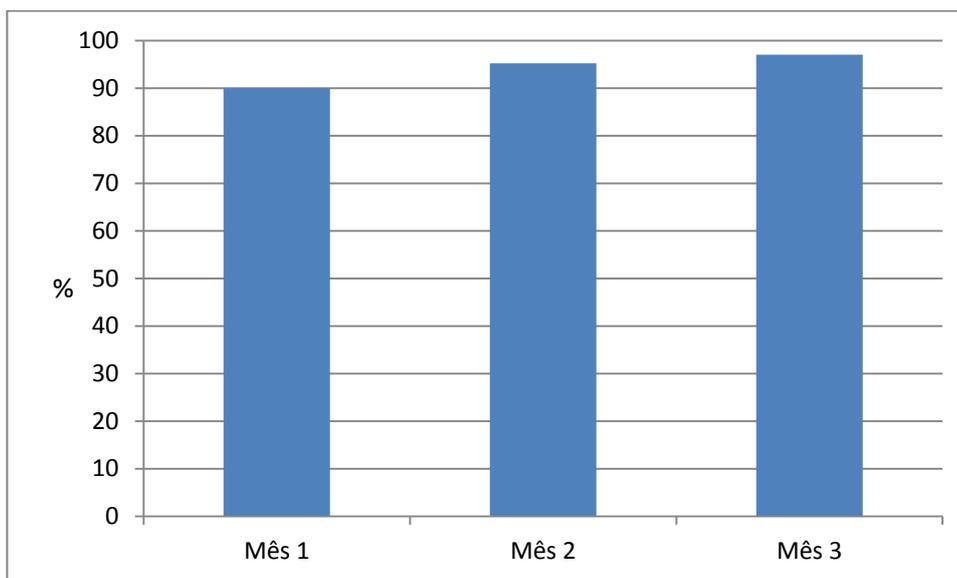


Figura 22: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, ACRE.

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

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

Em relação aos hipertensos, 34 usuários (94,4%) haviam recebido orientação sobre higiene bucal no primeiro mês, 67(93,1 %) no segundo e 110 (95,7%) no terceiro mês, com resultados bem próximos à meta.

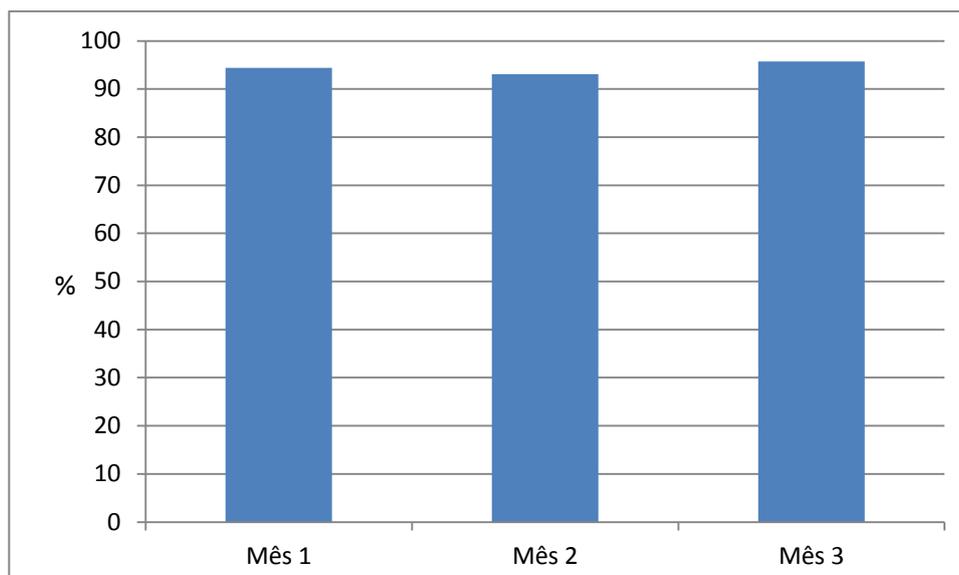


Figura 23: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, ACRE.

META 6.8. Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

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

Em relação aos diabéticos, 9usuários (90%) haviam recebido orientação sobre higiene bucal no primeiro mês, 20 (95,2 %) no segundo e 32 (97%) no terceiro mês, com resultados bem próximos à meta.

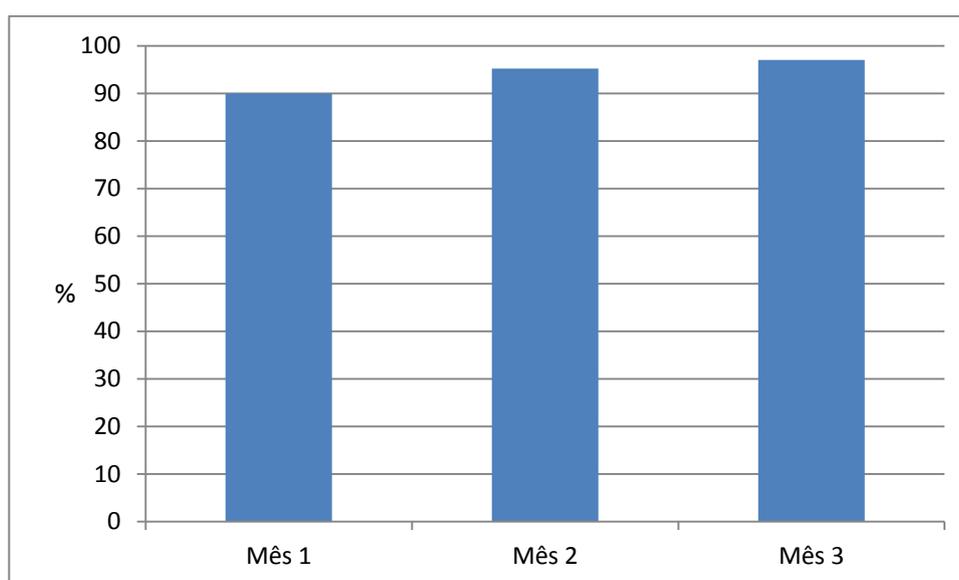


Figura 24: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, UBS Pastor João Braz, Cruzeiro do Sul, ACRE.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na UBS Pastor João Braz trouxe diversas contribuições na melhoria da qualidade da atenção ao usuário hipertenso e/ou diabético. Por meio desta, houve um aumento na cobertura de hipertensos e/ou diabéticos; a introdução da busca aos usuários faltosos; um maior rigor e sistematização no exame clínico e na realização de exames complementares (conforme protocolo do MS), inclusive ampliando a oferta de exames, ocorrido por influência do projeto de intervenção na gestão.

Também houve preferência em garantir prescrições de medicamentos da rede pública e/ou Farmácia Popular; ganho na qualidade do registro de informações; ampliação na classificação de risco cardiovascular; a vinculação do serviço de odontologia de outras UBS com a nossa, e por consequência, um aumento na taxa de avaliação odontológica anual e a oferta sistematizada de orientações sobre promoção de saúde.

Além do proposto, a equipe teve maior conhecimento acerca dos usuários cadastrados no Programa, aumentou a quantidade de hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS. O exame clínico detalhado permitiu a investigação da prevalência de lesões em órgão alvo, de alterações nos pés, observação das taxas de controle dos hipertensos e diabéticos, a regularidade de acompanhamento e de tratamento. Também por meio do projeto, conseguimos uma maior cobertura na avaliação anual da oftalmologia, sendo possível o encaminhamento sistematizado à especialidade.

Este trabalho foi de fundamental importância para que a equipe assumisse de vez seu papel de protagonista nos palcos do SUS; que saísse do campo das ideias para o campo das práticas, do campo das boas intenções para o campo dos bons gestos. Pela primeira vez os destinos da saúde não foram ditados de cima para baixo, nem de fora para dentro. O resultado de tudo isso é uma equipe mais capacitada, mais organizada, mais unida, mais engajada, com a autoestima em ascensão, orgulhosa por gerar frutos de uma qualidade nunca antes experimentada.

A intervenção contribuiu ainda para um serviço mais organizado e de melhor qualidade que busca sintonia com os princípios que norteiam o SUS. Foram reafirmadas conquistas importantes, tais como: acesso facilitado, agendamento presencial ou por telefone e garantia de consultas de retorno.

O cuidado na atenção ao hipertenso e diabético tornou-se diferenciado. Houve todo um preparo da equipe para o acolhimento, triagem e consultas. Na recepção houve avanços na organização dos prontuários do HIPERDIA.

A equipe de enfermagem já lida com facilidade, com o que no início era confuso e moroso: triagem, preenchimento da ficha espelho e cadastro do HIPERDIA-SUS.

O médico já se habituou ao novo padrão de atendimento, com exame clínico apropriado, exame de pés, triagem para o serviço de odontologia, solicitação dos exames complementares de acordo com o protocolo, encaminhamentos a especialidades quando necessário, mais comumente para a avaliação anual da oftalmologia, reforçando o princípio da integralidade, além de sua contribuição no preenchimento da ficha espelho.

O monitoramento para este grupo tornou-se ativo e personalizado contribuindo imensamente no acompanhamento a longo prazo. A classificação de risco sistematizada reforça o princípio da equidade, a frequência das consultas de retorno e o planejamento do cuidado. Houve avanços na qualidade dos registros.

Apesar da sobrecarga, a recepcionista tem procurado se adequar com o aumento do volume de serviço (organização de prontuários, agendamento de usuários e de exames complementares, envio de encaminhamentos, busca ativa por telefone e identificação de faltosos).

As ACS contribuem em campo com visitas domiciliares, orientações preventivas, cadastro de novos usuários, busca ativa aos faltosos, identificação de usuários do HIPERDIA que requeiram visita domiciliar da enfermeira ou da médica.

As capacitações continuam, com a coordenação da médica, enfermeira etoda a equipe. Enfim, um avanço substancial na qualidade de serviço ofertado a todos os usuários em geral, priorizando os hipertensos e diabéticos. A intervenção foi um sucesso para nossa comunidade já que serviu para reforçar o vínculo da unidade com a comunidade, também serviu pra melhorar a qualidade de vida dos nossos usuários e gerar a satisfação dos mesmos. Se começasse hoje posso dizer que o trabalho seria mais fácil, já que de acordo com as experiências acumuladas saberíamos muito bem a melhor maneira de fazer. Além disso, a equipe está mais entrosada, comprometida e sensibilizada com o trabalho e atenção dos usuários.

Podemos chegar a conclusão de que durante o projeto de intervenção todos aprendemos juntos. Incorporei novos saberes em matéria do SUS, graças a ajuda da

equipe de saúde e ao mesmo tempo contribuí com eles compartilhando minha experiência profissional. Ao final podemos dizer que todos caminharam juntos para alcançar uma melhora da qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos da nossa comunidade.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Caros gestores:

Conforme já é de seu conhecimento em conversa prévia ainda em fase de projeto, nós da equipe da UBS Pastor João Braz trazemos agora aqui, um relatório sucinto da intervenção na área de atenção ao hipertenso e diabético, ocorrida nos meses de março a maio deste ano de 2015.

Agradeço a toda a gestão de saúde no município pela ajuda oferecida desde minha chegada a esta cidade, já que sempre me apoiaram na realização do projeto para atingir as metas e objetivos traçados.

Baseado nas recomendações do Ministério da Saúde, a nossa equipe se uniu em torno de uma série de propósitos e na medida do possível fizemos algumas melhorias em nossos serviços, tais como:

- a) Foi efetivado o Programa de Atenção ao Hipertenso e/ou Diabético da Unidade de Saúde. Todo usuário da área de abrangência da nossa unidade, à medida que comparece às consultas, é cadastrado neste Programa e passa a receber um atendimento padronizado.
- b) Ampliamos a cobertura de hipertensos de 84 (38,1%) para 115(62%) e de diabéticos de 15 (23,8%) para 33 (60,3%) nestes três meses de duração do projeto.
- c) Para facilitar o acesso ao tratamento mantivemos algumas medidas que julgamos importantes:
 - A marcação de consultas foi facilitada ao máximo podendo o agendamento ser feito até mesmo por telefone.
 - A consulta de retorno é garantida.
 - Os medicamentos escolhidos para o tratamento são sempre que possíveis os ofertados pela prefeitura ou pela Farmácia.
 - Dois turnos por semana são dedicados exclusivamente ao atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos através de agendamento, além do atendimento diário por demanda livre.
- d) Para melhorar a adesão ao tratamento instituímos busca aos faltosos. As faltas durante a intervenção foram raras.

- e) Houve ampliação do número de exames complementares melhorando o rastreamento de doenças associadas e/ou complicações.
- f) Houve melhora na qualidade dos registros. Os dados referentes à avaliação clínica, exames complementares e tratamento estão sendo registrados regularmente em prontuário clínico, ficha-espelho e cartão do hipertenso. O monitoramento das ações é feito por planilha eletrônica.
- g) Em cada consulta é realizada a classificação quanto ao risco cardiovascular. Essa medida contribuiu com o planejamento do cuidado individual.
- h) O serviço de odontologia foi vinculado ao Programa.
- i) Todos os usuários estão recebendo orientações individuais quanto à alimentação saudável, atividade física regular e riscos do tabagismo.
- j) Os usuários estão sendo encaminhados regularmente para a avaliação anual da oftalmologia.

Como em toda grande empreitada, dificuldades de percurso sempre surgem. Destacam-se as dificuldades encontradas na atenção odontológica dos usuários, lembrando que nossa UBS não consta com este serviço e é muito difícil agendar uma consulta em outras UBS onde se realizam atendimento odontológico. Talvez encontremos um meio para solucionar este problema.

É com orgulho que constatamos então que a grande maioria dos usuários inscritos no Programa encontra-se em acompanhamento e em tratamento regulares, utilizando medicamentos da rede municipal e/ou Farmácia Popular.

Por fim, nós da equipe da unidade de saúde Pastor João Braz, queremos lhes agradecer por todo o apoio prestado, imprescindível para a efetividade desta empreitada. Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos e propomos um novo encontro para juntos buscarmos soluções aos desafios advindos desta intervenção.

4.4 Relatórios da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários:

Primeiramente quero agradecer o acolhimento e a confiança depositada por vocês na minha pessoa, ter tido esta grandiosa oportunidade de desempenhar meu papel de profissional da saúde ajudando a uma comunidade com uma cultura e uma diversidade tão especial como vocês, o que representa uma experiência inesquecível que me faz crescer como ser humano.

Muitos de vocês já devem ter percebido ou foram informados a respeito de uma série de mudanças que vêm acontecendo recentemente em nossa unidade de saúde, mais especificamente a um conjunto de ações que ocorreram durante 12 semanas, entre os meses de março até maio. A esse conjunto de ações chamamos de intervenção.

A nossa intenção era e é melhorar a qualidade geral do atendimento na unidade de saúde, especificamente dos usuários hipertensos e diabéticos da área.

Baseados nas recomendações do Ministério da Saúde, a nossa equipe se uniu em torno de uma série de propósitos e na medida do possível fizemos algumas melhorias em nossos serviços, tais como:

- a) Foi criado o Programa de Atenção ao Hipertenso e/ou Diabético, todo usuário com estas doenças da área de abrangência da nossa unidade, à medida que comparece às consultas, é cadastrado neste Programa e passa a receber um atendimento padronizado, ou seja, a equipe observa ao longo do seu acompanhamento se está recebendo a atenção de acordo o recomendado.
- b) Aumentamos a cobertura de hipertensos e diabéticos, ou seja, um maior número de usuários deste grupo passou a ser acompanhado por nossa equipe.
- c) Para facilitar o acesso ao tratamento mantivemos algumas medidas que julgamos importantes:
 - A marcação de consultas foi facilitada ao máximo podendo o agendamento ser feito até mesmo por telefone.
 - A consulta de retorno é garantida.

- Os medicamentos escolhidos para o tratamento são sempre que possíveis os ofertados pela prefeitura ou pela Farmácia Popular.
 - Dois turnos por semana são dedicados exclusivamente ao atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos através de agendamento. O usuário pode também procurar a unidade de saúde, sem agendamento prévio, sempre que houver necessidade.
- d) Os usuários que faltarem às consultas estão sendo contatados pelas agentes comunitárias de saúde ou por telefone para sabermos qual o motivo da falta e remarcação de outra avaliação.
- e) Houve ampliação do número de exames complementares (de sangue, urina e eletrocardiograma) para o rastreamento de doenças associadas e/ou complicações. Estes devem ser realizados periodicamente.
- f) Os dados referentes à avaliação clínica, exames complementares e tratamento estão sendo registrados regularmente. Lembramos aos usuários do direito de acessarem seus registros, sempre que julgarem necessário.
- g) Em cada consulta é realizada a classificação quanto ao risco cardiovascular. Essa medida contribui para que nossa equipe possa planejar o cuidado individual de cada usuário.
- h) O serviço de odontologia foi vinculado ao Programa. O agendamento para a avaliação anual com este serviço agora é garantido.
- i) Todos os usuários estão recebendo orientações individuais quanto à alimentação saudável, atividade física regular e riscos do tabagismo.
- j) Os usuários estão sendo encaminhados regularmente para a avaliação anual da oftalmologia.

É com orgulho que constatamos ainda que a grande maioria dos usuários inscritos no Programa encontra-se em acompanhamento e em tratamento regulares, utilizando medicamentos da rede municipal e/ou Farmácia Popular.

Devido a dificuldades, informamos ainda que não foi possível realizar todas as ações planejadas para o Programa durante as 12 semanas de intervenção. Queremos continuar avançando e realizá-las em tempo oportuno, mas o programa já é uma realidade em nossa UBS e continuará acontecendo.

Por fim, nós da equipe da unidade de saúde, queremos agradecer a comunidade pela colaboração e compreensão e também ao apoio da gestão, imprescindíveis para a efetividade desta empreitada.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Desde minha chegada a Brasil, a diferença da língua, cultura, costumes, já significava um desafio para mim como pessoa e como profissional, situação que não mudou quando comecei a trabalhar na unidade de saúde, onde me encontro até hoje, mas graças a Deus e as maravilhosas pessoas com que tive a sorte de compartilhar meu trabalho tudo foi sendo facilitado. No começo do projeto de intervenção já tínhamos alcançado uma integração com o resto da equipe que nos permitiu esta nova conquista. Sempre acontecem alguns tropeços, mas ao final a equipe continuava em frente, aprendendo uns com os outros, sem importar o grau profissional.

Depois de minha formação como Médica Geral, fiz uma especialização em Cuba durante três anos, de Medicina Geral Integral (MGI), estudando profundamente e superando os diferentes módulos. Ao chegar ao Brasil nunca imaginei que ia ter esta oportunidade única de continuar neste caminho com um curso de especialização de saúde da família que trata de muitos temas já previamente abordados durante meus estudos. Foi gratificante mesmo e sem dúvida acrescentou muito ao meu desenvolvimento profissional.

Os questionários, questões reflexivas e materiais do Ministério da Saúde geraram ricas discussões entre a equipe, ajudaram a enxergar os problemas de maneira sistematizada, ampliaram o conhecimento e serviram de substrato para uma análise situacional mais fidedigna a qual nos remete a desafios vindouros.

As riquezas das planilhas ofertadas pelo curso (Caderno de Ações Programáticas, OMIA, coleta de dados) foram fontes de estímulo para a atualização e desenvolvimento de habilidades na área de informática.

Achei muito interessante os casos clínicos e as provas oferecidas no curso, já que sempre me obrigaram a estudar e colocar em prática meus conhecimentos, além do que também serviram de muita ajuda com o trabalho do dia a dia com os diferentes usuários no posto de saúde.

Os fóruns com colegas e com os orientadores propiciaram troca de experiências e discussões de alta qualidade, difíceis de serem mensuradas, mas que contribuíram com o crescimento pessoal e profissional, além de servir de baliza situacional entre o contexto de saúde local e o de fora.

A intervenção foi a união da teoria à prática, uma síntese de todo o curso e um grande desafio em realizar um projeto, estabelecer objetivos e metas, pactuar, intervir, monitorar, organizar o serviço, capacitar, engajar a equipe, público e gestores. O curso já valeu a pena em termos de ganhos pessoais. Entretanto ao ver o resultado da intervenção percebo que todos nós ganhamos no processo. A equipe é mais unida e autoconfiante; a gestão nunca esteve tão próxima e a comunidade demonstra satisfação por reconhecer uma melhoria na qualidade de atenção.

Após ter “trilhado a jornada”, posso afirmar hoje com segurança que me sinto capacitado para intervir em outras áreas de atenção.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial.- Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

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, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (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, 2006.

58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SISHIPERDIA) do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/> Acesso em: 06 out. 2013.

NEWS.MED.BR, 2012. Um em cada três adultos tem hipertensão arterial e um em cada dez adultos tem diabetes mellitus, de acordo com relatório da OMS. Disponível em: <<http://www.news.med.br/p/saude/299540/um-em-cada-tres-adultos-tem-hipertensao-arterial-e-um-em-cada-dez-adultos-tem-diabetes-mellitus-de-acordo-com-relatorio-da-oms.htm>>. Acesso em: 9 out. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Área de Assistência à Saúde do Adulto e do Idoso. Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/saude/atencao-a-saude/programas/saude_adulto_protocolos_hipertensao_justificativa.php> Acesso em: 06 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde/ DAB – DATASUS. SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica. Consolidado das Famílias Cadastradas do Ano de 2013. Município: Campo Largo. Equipe: Itaboa, 19 abr. 2013.

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - 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 com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com o exame de acordo com o protocolo?
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
1	1						
2	2						
3	3						
4	4						
5	5						
6	6						
7	7						
8	8						
9	9						

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês							
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento de acordo com o protocolo?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1						
2	2						
3	3						
4	4						
5	5						
6	6						
7	7						
8	8						
9	9						

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês								
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	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 registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente está com orientação nutricional adequada?	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							
	7							
	8							
	9							

