

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



Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Central, Dilermando de Aguiar/RS.

Gilberto Almeida Rodriguez

Pelotas, 2015

Gilberto Almeida Rodriguez

Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Central, Dilermando de Aguiar/RS.

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

Orientador: Cristina Bossle de Castilhos

Pelotas, 2015

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

R696m Rodriguez, Gilberto Almeida

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Central, Dilermando de Aguiar/RS / Gilberto Almeida Rodriguez; Cristina Bossle de Castilhos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

101 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. Castilhos, Cristina Bossle de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

As pessoas que conquistei e me receberam com carinho, amor e dedicação, a família do senhor Antônio Araújo Teixeira, em especial a professora Nilzete Huffell Teixeira.

Agradecimentos

A minha família pelo carinho, incentivo e apoio que recebi ao decidir sair de Cuba e vir para o Brasil.

A minha orientadora Cristina Bossle de Castilhos pela incansável dedicação e carinho que demonstrou durante todo o período de estudo que realizamos nesta Instituição de Ensino Superior UFPEL.

A todos que de alguma maneira contribuíram para realização deste trabalho, em especial o Secretário de Saúde, Equipe de Saúde da Família e Agentes Comunitários.

Resumo

RODRIGUEZ, Gilberto Almeida. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Central, Dilermando de Aguiar-RS.** 99f. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importantes problemas de saúde pública, pois é a primeira causa de morte no país. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), doenças crônicas não transmissíveis, constituem-se os mais importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Este trabalho teve como objetivo melhorar a atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Foi realizada uma intervenção onde a população alvo foram adultos hipertensos e diabéticos cadastrados e atendidos na Unidade de Saúde Central na cidade de Dilermando de Aguiar-RS, inicialmente foi realizado a capacitação dos profissionais da equipe, onde foi repassado orientações sobre os diferentes aspectos do protocolo, a busca ativa e cadastramento de novos usuários diagnosticados, e o registro e acompanhamento de exame clínico, os objetivos específicos foram: Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa, melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares e promoção da saúde. Conseguimos ótimos resultados cadastrando 288 (62,2%) hipertensos e 102 (89,5%) diabéticos. Garantimos 100% de prescrição de medicamentos da farmácia popular, realizamos exame clínico e exames complementares, mantivemos ficha de acompanhamento e estratificação de risco para todos os cadastrados. Em relação às ações de saúde bucal, os encaminhamentos são feitos através da Equipe de Saúde da Família diretamente com o departamento de odontologia, todos os hipertensos e diabéticos cadastrados passaram por avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Quanto às ações de promoção de saúde foi possível realizar orientações sobre atividade física, alimentação saudável e riscos do tabagismo a 100% da população. A intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos oferecendo assim a população uma melhor qualidade de vida.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Tabela de distribuição etária da população cadastrada na UBS Central, Dilermando de Aguiar-RS.	12
Figura 2	Gráfico de proporção de hipertensos cadastrados na UBS Central, Dilermando de Aguiar-RS.	71
Figura 3	Gráfico de proporção de diabéticos cadastrados na UBS Central, Dilermando de Aguiar-RS.	72
Figura 4	Gráfico de proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Central, Dilermando de Aguiar-RS	74
Figura 5	Gráfico de proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Central, Dilermando de Aguiar-RS.	75

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
ASD	Auxiliar de Saúde Bucal
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESF-	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMM	Programa Mais Médicos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatórios da Análise Situacional	10
1.3 Comentários comparativos entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	17
2 Análise Estratégica	19
2.1 Justificativa	19
2.2 Objetivos e metas	20
2.2.1 Objetivo geral	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas	21
2.3 Metodologia	23
2.3.1 Detalhamento das ações	23
2.3.2 Indicadores	55
2.3.3 Logística	62
2.3.4 Cronograma	66
3 Relatório da Intervenção	67
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	67
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	71
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	71
3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços	71
4 Avaliação da intervenção	73
4.1 Resultados	73
4.2 Discussão	85
4.3 Relatório da intervenção para gestores.	87
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	89
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	91
Referências	94
Anexos	95

Apresentação

O presente trabalho teve como objetivo melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, na unidade de saúde Central no município de Dilermando de Aguiar/RS.

Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

Na terceira seção, será descrito o relatório da intervenção que aborda as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados, análise da viabilidade da incorporação das ações.

Na quarta seção, será descrito a avaliação da intervenção, apresentando os resultados, discussão, relatório para gestores e relatório para comunidade.

Na quinta seção, será descrito a reflexão crítica sobre processo pessoal de aprendizagem.

Na sexta seção serão apresentados os anexos, ficha espelho e planilha de coleta de dados.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O município de Dilermando de Aguiar, conta com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) Central que fica localizada na sede do Município, e outra UBS em São José da Porteirinha.

Residem em nossa área de abrangência aproximadamente 3.044 habitantes, entre os quais 1.570 são do sexo masculino, 1.474 sexos femininos predominam uma população de maior idade e as principais patologias apresentadas são a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus (DM).

Quanto à estrutura de pessoal a UBS central de Dilermando de Aguiar, conta com atendimento de duas médicas clínicas, uma médica ginecologista, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma odontóloga, uma auxiliar de odontologia, um farmacêutico e demais funcionários. Em relação aos processos de trabalho, o atendimento aos pacientes é feito através de agendamento e em caso de urgência, o atendimento é feito de imediato pelo profissional da saúde. Cada médico desempenha suas funções profissionais duas vezes por semana. A UBS de Dilermando de Aguiar funciona de segunda à sexta - feira, no horário das 8:00 às 17:00 horas. Há plantão permanente de ambulância em caso de necessidades de atenção médica especializada, sendo o usuário conduzido ao município próximo, São Pedro do Sul, onde existe um atendimento médico permanente, pois há uma parceria entre os municípios de Dilermando de Aguiar e São Pedro do Sul.

A UBS de São José da Porteirinha conta com serviço de uma médica clínica geral, uma técnica de enfermagem, a diretora administrativa e uma funcionária de serviços gerais. O médico responsável pela UBS desta localidade presta serviços duas vezes por semana, sempre com prévio agendamento das consultas.

No município a Estratégia Saúde da Família (ESF) está constituída por um médico clínico geral de Programa Mais Médicos (PMM), um enfermeiro, uma técnica em enfermagem, oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e um motorista. As consultas são realizadas entre 8:00 horas e 12:00 horas. Há também, visitas domiciliares a partir das 13:00 horas às 17:00 horas. O médico responsável pelo programa acima citado realiza atendimento clínico aos pacientes, sem agendamento prévio nas segundas e sextas-feiras na localidade de São José da Porteirinha. Nas terças-feiras, o atendimento é feito na UBS na sede do município. Nas quartas-feiras o médico tem dispensa do trabalho para realizar a especialização em saúde da família e às quintas-feiras realizamos atendimentos em localidades do interior do município tais como: Rincão do Pinheiro, Campo da Pedra, Capão Grande, Sarandi, Rincão do Peludo.

No caso, de urgência envolvendo usuários com problema de saúde que requeria atendimento especializado, é feito um encaminhamento para o município de Santa Maria com prévia regulação existente entre os municípios. Nosso maior problema é a referência e contra referência. O atendimento em serviço especializado é demorado.

1.2 Relatórios da Análise Situacional

O Município de Dilermando de Aguiar possui uma população de 3.044 habitantes. Destes 1570 são do sexo masculino, 1474 do sexo feminino, dados informados pela pesquisa do IBGE (2010). Em seu território há duas UBS a Central localizada na sede do município e outra, na localidade chamada São José da Porteirinha. Não possuímos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), nossa única especialidade é de ginecologia. O hospital de referência fica a 10 km de distância no município de São Pedro do Sul, onde são realizados atendimentos de urgência, exames complementares, entre outros procedimentos. Os casos mais graves são encaminhados ao município de Santa Maria.

As duas UBS estão cadastradas como urbanas uma de ESF e outra de modelo tradicional. O vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS) é o tradicional onde mantemos convênio com os serviços de referência e dependemos dos repasses financeiros dos governos federal e estadual. Mantemos convênios com

entidades de ensino como o hospital universitário de Santa Maria e com a universidade Franciscana. Possuímos uma equipe de ESF composta por: um médico (cubano), um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, um motorista, uma odontóloga e uma auxiliar de consultório dentário (ACD), além de oito ACS.

Nossa UBS é um prédio totalmente reformado, foram construídas algumas salas novas e outras adaptadas, mas ainda não é o ideal, pois faltam salas de reunião, sala de fisioterapia. Estamos com projeto pronto para a construção de um novo prédio com recursos do governo federal.

Como pontos positivos destacam, em nossa UBS, uma equipe completa com os recursos humanos necessários para desenvolver um trabalho adequado e correto frente às necessidades da população além de equipamentos, ambulância e medicamentos. A UBS possui dois consultórios médicos, um consultório de odontologia, uma sala de curativos e nebulização, uma sala de observação, uma farmácia, uma sala de vacina, uma sala de recepção, uma cozinha, dois banheiros para pacientes e um banheiro para funcionários.

Como limitação nossa equipe esbarra nas dificuldades de locomoção da população do interior principalmente idoso, pessoas com limitações físicas, para chegar até a UBS, pois não há no município transporte urbano que possa trazê-los e levá-los as suas residências. Outra dificuldade encontrada é quanto à realização de exames complementares, como eletrocardiograma, raios-X, exame de urina, endoscopia etc. que não são realizados no município, precisando que o usuário se desloque até o município vizinho. Isto dificulta um diagnóstico precoce e tratamento oportuno. Outra dificuldade são as consultas com especialistas como pediatria, medicina interna, cardiologista, oftalmologista entre outros, pois estes profissionais não atendem em nosso município. Estas consultas são realizadas através de agendamentos em hospital do SUS de outro município, ocasionando muitas vezes, uma longa espera, conseqüentemente aumentando o problema de saúde da população.

Nossa equipe, não vê alternativas para solucionar tais problemas, mas temos certeza que estamos a cada dia, mais preparados, enquanto ESF para dar um atendimento de qualidade atendendo as necessidades da população da área de abrangência.

A população da área adstrita é de 3.044 habitantes, ou seja, 100% da população do município. A distribuição etária é a seguinte:

Faixa Etária	Homem	Mulher	Total
00-04	87	92	179
05-09	105	93	198
10-14	129	133	262
15-19	113	111	224
20-29	186	183	369
30-39	194	177	371
40-49	226	210	436
50-59	218	195	413
60-69	177	153	330
70-79	93	88	181
80+	42	39	81
Total	1.570	1.474	3.044

Tabela 1 – Distribuição etária da população cadastrada na UBS Central, Dilermando de Aguiar/RS.

Fonte: SIAB Municipal, agosto, 2014, Dilermando de Aguiar-RS

O tamanho da equipe está dentro do preconizado pelo Ministério da Saúde (MS).

A demanda espontânea é atendida através de consultas eletivas com prévio agendamento ficando reservas de atendimento para os serviços de urgência ou consultas que não são eletivas, não temos problema de demanda reprimida, pois mantemos convênio com o hospital de São Pedro do Sul.

Em nossa UBS não existe um profissional de saúde com especialidade em pediatria, oferecemos atendimento com médico clínico para crianças com problemas de saúde agudos. Não existe protocolo de atendimento de puericultura em nossa UBS e para os cuidados às crianças na puericultura há ações como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, saúde bucal e saúde mental, há imunizações, prevenção de anemia, violência, promoção do aleitamento materno, teste do pezinho.

Acompanhamos 25 crianças menores de 1 ano que correspondem a 68% de cobertura segundo a estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP) que é de 37 crianças nesta faixa etária. Apesar da boa cobertura a qualidade da atenção deixa muito a desejar. Das 25 crianças, somente 5 estão com consultas em dia

conforme protocolo do MS e tiveram avaliados seu crescimento e desenvolvimento na última consulta.

Seria muito importante se houvesse dentro da UBS atividades com grupos de mães das crianças, juntamente com profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão, avaliação, monitoramento e coordenação do programa de puericultura. Desta maneira seria necessário abordar aspectos fundamentais para a proteção da saúde da criança utilizando critérios para classificação de criança de risco, para a redução da morbimortalidade infantil e a potencialização do desenvolvimento de criança.

A equipe de saúde de nosso município percebe a necessidade urgente na mudança do modelo assistencial e compromisso com a atenção primária de saúde, tendo como enfoque uma assistência baseada em modalidades de atenção que contemple a criança no seu processo de desenvolvimento e crescimento, incremento a capacitação de recursos humanos e da educação para a saúde. Sabemos das dificuldades que enfrentamos, pois precisamos fazer novos agendamentos de consultas em dias e consultas da puericultura nos primeiros sete dias, para atender toda a demanda de crianças de 0 a 72 meses. Nossa equipe de saúde se propõe a programar ações para avaliar e acompanhar este grupo etário. A saúde da criança é acompanhada pela equipe da sala de vacinas onde faz acompanhamento das cadernetas de vacina e adota o protocolo do Ministério da Saúde.

O pré-natal é realizado pela ginecologista do serviço, seguindo um protocolo de atendimento com dias específicos para tal, onde a mesma mantém contato permanente com os hospitais de referência para um melhor atendimento às gestantes. Temos 45 gestantes cadastradas na UBS que representam 99% da estimativa do CAP. Porém, não há registro das ações realizadas e não é realizada busca ativa às gestantes, o atendimento é realizado por livre demanda. Estamos planejando agendamento para as gestantes recuperando consultas atrasadas, dando maiores orientações quanto aos cuidados que deverão ter neste período de gestação como alimentação balanceada, higiene pessoal, relação sexual segura e protegida, diminuindo o índice de mortalidade materno infantil.

A estimativa do CAP aponta para um total de 839 mulheres entre 25 e 64 anos de idade, este número é semelhante ao número do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Porém, temos 645 (77%) mulheres com exame citopatológico em atraso há mais de seis meses. A coleta de exame citopatológico é

atividade exclusiva do médico especialista em ginecologia e não são realizados todos os dias. Não realizamos atividades com grupos de mulheres e não há planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção ao câncer de colo de útero. Por esta razão, nossa equipe deve se preparar e se comprometer em elaborar estratégias em conjunto para prevenção, promoção e detecção precoce, permitindo um tratamento oportuno e precoce.

O rastreamento do câncer de mama a partir do exame clínico das mamas e a indicação da mamografia segundo a faixa etária é realizado pela médica ginecologista. Temos 314 mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos que representam 100% das usuárias cadastradas no SIAB. Deste universo, somente 68 (22%) mulheres estão com mamografia em dia, 71 (23%) tem avaliação de risco e 108 (34%) receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama. Não existe protocolo de controle do câncer de mama nem profissionais na UBS que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação das ações de controle que permitam ao mesmo tempo a avaliação e monitoramento do programa tendo em conta a importância da obtenção de melhores resultados.

Sabemos que a mudança de comportamento da sociedade se dará lentamente, precisamos ficar atentos e persistir na orientação e conscientização de todos, só assim poderemos ter uma população feminina mais saudável, comprometida e responsável com a própria saúde. Temos consciência que nossa equipe de saúde deverá reprogramar consulta em curto prazo e ações envolvendo exames citopatológico para câncer de colo de útero, mamografia e avaliação de risco.

Em relação à HAS e DM percebe-se que na nossa UBS, até o momento, não foram realizadas ações de prevenção, controle, tratamento e reabilitação destas doenças. Porém, a nossa equipe tem consciência que devemos tomar medidas urgentes para sanar tais problemas, por isso, precisamos estar mais bem preparados para atender com maior qualidade os nossos usuários e realizar ações de educação abordando os fatores de risco que podem desencadear estas patologias.

Como medida preventiva a tais doenças a nossa equipe de saúde deve projetar-se em ações que serão realizadas durante as consultas e as visitas domiciliares explicando aos usuários a importância da consulta programada, necessidade de eliminar o excesso de peso corporal, ingestão de substâncias tóxicas

como tabagismo, álcool, drogas e assim destacando a importância da prática de exercícios físicos e uma alimentação saudável.

Segundo o nosso cadastro na UBS temos um total de 615 usuários com 20 anos ou mais com HAS o que representa 90% da estimativa do CAP e 178 diabéticos que representam 92% da estimativa do CAP. Não temos disponível na UBS o protocolo de atendimento específico para HAS e DM, nossa equipe de saúde tem conhecimento que existe atraso em consultas agendadas, realização de avaliação de risco cardiovascular, exames complementares, avaliação da saúde bucal, exame físico dos pés em diabéticos. Já nos programamos para que possamos dar um atendimento de forma integral e estamos atendendo em média três usuários com HAS ou DM diariamente.

Em relação à saúde do idoso temos 416 idosos cadastrados segundo o SIAB, sendo que temos somente 98 (24%) idosos estão com acompanhamento em dia e somente 70 (17%) passaram por avaliação de saúde bucal. As consultas são feitas pelos profissionais, realizando exame físico, avaliando a capacidade funcional global do idoso e explicando também como reconhecer sinais de risco para as principais doenças relacionadas com esta faixa etária. Em cada consulta, realizamos orientações sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos regularmente, perigos da automedicação, assim como evitar o consumo de álcool e tabaco.

A nossa equipe está identificando cada idoso dentro do município para que possamos constatar quais os problemas que os mesmos possuem tais como doenças crônicas, deficiências físicas e mentais, incapacidade mental, visual auditiva, situação sócio econômica, habitação. Há pessoas idosas que não possuem cuidadores, responsáveis pela sua alimentação e higiene no nosso município, sendo uma população que precisa urgentemente de atenção prioritária, tanto atendimento clínico como visitas domiciliares, pois há prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e doenças degenerativas.

Em nossa UBS não há protocolo de atendimento para idosos nem atendimento de especialista da área de saúde tais como geriatra, cardiologista, oftalmologista, traumatologista, urologista, neurologista, psiquiatra ou cirurgião. A falta destes profissionais é um dos maiores problemas para darmos uma atenção integral a estas pacientes, também não há profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos. Nossa equipe de saúde está comprometida e empenhada em sanar tais problemas tão

relevantes junto aos idosos, pois sabemos que são pessoas vulneráveis, frágeis, envelhecidas, suscetíveis a todos os problemas de doenças como já mencionadas, portanto a nossa equipe tem um papel fundamental na mudança de estilo de vida, pois fazemos atividades de grupo, palestras envolvendo problemas tais como hábitos de fumar, ingestão de bebidas alcoólicas, alimentação adequada, restrição do uso inadequado do sal, gordura.

Também há uma preocupação da nossa equipe de saúde em relação à integração desses idosos nas atividades físicas, que há semanalmente, nas comunidades que integram o município, incentivando-os para que participem, pois há uma professora de educação física desenvolvendo atividades para aumentar a autoestima, esperança de vida, participação ativa na sociedade criando um ambiente propício e favorável a um envelhecimento mais saudável.

O maior desafio que teremos dentro da nossa equipe é estimular a mudança de estilo de vida da população, principalmente em relação à mudança de hábitos alimentares, o acompanhamento periódico através da consulta médica na UBS para precocemente sanar problemas, não deixando que haja um agravamento pela omissão dos mesmos, a participação em atividades físicas, controle das DCNT. Também recuperar com ações integrais, tais como exame físico completo em cada um dos pacientes em um curto prazo, pois nos permitirá melhorar a qualidade de vida e minimizar as complicações diminuindo a morbimortalidade.

Estamos conscientes do desafio que nos propomos, mas sabemos que os poucos vamos sanar tais problemas e assim melhoraremos os índices de saúde em nosso Município.

Percebemos que esta havendo uma aceitação e reconhecimento da população em relação ao nosso atendimento na UBS e visitas domiciliares. As pessoas são unânimes em demonstrar tal satisfação, pois está havendo um crescimento, embora lento, na mudança de estilo de vida, melhora de saúde e conseqüentemente na melhora de qualidade de vida.

Fazendo uma revisão no relatório da análise situacional, concluímos que a nossa equipe está organizada e preparada para mudar um processo que já estava em desconformidade com as orientações recebida desta Instituição de ensino superior em relação ao atendimento, segmento e controle de toda população, incluindo crianças, pré-escolar, escolar, adolescentes, gestantes, idosos,

hipertensos, diabéticos, saúde bucal e demais enfermidades oncológicas tais como, câncer de mama, colo de útero, etc.

Nós, enquanto equipe de saúde, comprometida com a saúde integral da população, estamos modificando todo esse processo de atenção e acompanhamento os usuários, fazendo reuniões com a equipe semanalmente, reprogramando três consultas de cada um, diariamente para recuperar a curto e médio prazo, fazendo uma avaliação integral de cada usuário. Sendo que, casos em que não é possível o paciente vir até a UBS, nossa equipe realiza visitas domiciliares diárias. Todas essas ações programáticas têm como objetivo aumentar a qualidade de vida e diminuir a morbimortalidade, complicações, invalidez, aumentando a capacidade de realizar atividades de nossa população. Essas ações, com certeza, terão impacto junto aos usuários seguindo as recomendações científicas vigentes.

1.3 Comentários comparativos entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

O texto inicial da situação da APS/ESF está baseado no funcionamento, estrutura física e recursos humanos da UBS antes da implantação do Programa Mais Médicos (PMM). A Equipe de Saúde da Família estava incompleta, não se realizava consultas no interior do município, visitas domiciliares, palestras, educação para saúde. Não existia protocolo para a maioria das ações programáticas.

A partir do momento, que me integrei na UBS de Dilermando de Aguiar, iniciei o curso de especialização de saúde da família com a supervisão desta instituição de ensino superior UFPEL, recebendo semanalmente orientações, abordando diferentes temas da atenção primária em saúde e passamos a implantar novos processos de trabalho, aprimorando o atendimento, reorganizando os recursos humanos, estabelecendo objetivos e metas de curto e médio prazo.

Também registro aqui que hoje contamos com uma ambulância com todo o equipamento necessário para ESF realizar o atendimento e transporte dos usuários o que não havia anteriormente, nos permitindo um melhor desenvolvimento de trabalho assegurando ao cidadão o direito básico ao ingresso digno no sistema de saúde.

Após o exposto fica claro que há mudanças significativas entre o texto inicial e o relatório da análise situacional, pois agora temos muito mais conhecimento do

sistema de saúde brasileiro e das atribuições da atenção básica do que havia no início. No relatório descrevemos todas as ações programáticas e o funcionamento delas na UBS. Já no texto inicial a abordagem foi focada na estrutura física e de pessoal.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e o DM são doenças crônico-degenerativas que tem papel importante como fator de risco quando se trata de morbidade e mortalidade por patologias do sistema cardiocirculatório. A prevenção destas doenças pode ser definida como uma ação prévia de conhecimento da história natural com a finalidade de dificultar o avanço da doença. As ações preventivas têm a finalidade de coibir agravos específicos, sendo assim prevenção primária, envolvendo um conjunto de práticas para melhorar a saúde e estimular a mudança de estilo de vida do usuário, como hábitos alimentares e realização de atividades física (Ministério da Saúde, 2013).

O Município de Dilermando de Aguiar possui uma população de 3.044 habitantes. Destes, 1570 são do sexo masculino 1474 do sexo feminino. Em seu território há duas UBS, a principal localizada na sede do município e outra, na localidade chamada São José da Porteirinha. As duas UBS estão cadastradas como urbanas uma com ESF e a outra de modelo tradicional. Possuímos uma equipe de ESF composta por: um médico (cubano), um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, um motorista, uma odontologia e uma ACD, além de oito ACS. Como pontos positivos destacam-se a equipe completa com os recursos humanos necessários para desenvolver um trabalho adequado frente às necessidades da população além de equipamentos, ambulância e medicamentos.

Há uma estimativa de 463 hipertensos e 114 diabéticos na área de abrangência da UBS, conforme o VIGITEL, que representam respectivamente 22,7% e 5,6% da população da área de abrangência da ESF. Incentivamos a população a participadas ações de educação em saúde, realizamos visitas domiciliares e

acompanhamento destas patologias na UBS. Também realizamos orientações sobre alimentação saudável e prática de atividade física.

Como limitação nossa equipe esbarra nas dificuldades de locomoção da população do interior principalmente idoso, pessoas com limitações físicas, para chegar até a UBS, pois não há no município transporte urbano. Outra dificuldade é o encaminhamento dos usuários para atendimento especializado e a realização dos exames complementares

Um dos aspectos que viabilizam a intervenção é a boa adesão da comunidade aos novos processos de trabalho e o aumento da responsabilidade sobre a saúde que os usuários demonstram.

O projeto de intervenção pretende valorizar a implantação do acolhimento na UBS, uma construção coletiva envolvendo a comunidade e todos os profissionais da área de saúde da família e demais funcionários. Serão adotadas ações que consistem na formulação do fluxo de atendimento e protocolo de avaliação, classificação de risco, composição de equipe de acolhimento. Entre os resultados esperados desta intervenção destacam-se a qualificação de atenção, fortalecimento do controle social.

Novas medidas precisam ser implantadas com a finalidade de reorganizar a atenção aos portadores de hipertensão arterial e diabetes. Temos certeza que estamos a cada dia mais preparados, enquanto ESF para oferecer um atendimento de qualidade que atenda as necessidades da população da área de abrangência.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos adultos portadores de HAS e/ou DM na UBS Central do município de Dilermando de Aguiar/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Relativas ao objetivo específico 1: Ampliar a cobertura da atenção a hipertensos e diabéticos.

Meta 1 - Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 2 - Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo específico 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativas ao objetivo específico 3: Melhorar a adesão da atenção a hipertensos e diabéticos

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

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

Relativas ao objetivo específico 4: Melhorar registros das informações

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

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

Relativas ao objetivo específico 5: Mapear estratificação de risco cardiovascular

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

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

Relativas ao objetivo específico 6: Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

Meta 21 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 22 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 23 - Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 24 - Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 04 meses na Unidade de Saúde Central do Município de Dilermando de Aguiar. Serão convidados a participar os usuários Hipertensos e Diabéticos moradores da área de abrangência da UBS que serão cadastrados no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus. Será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde de 2013 – Cadernos de Atenção Básica nº 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes mellitus e Cadernos de Atenção Básica nº 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Hipertensão arterial sistêmica.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1: Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O monitoramento do número de hipertensos cadastrados no programa será feito a partir de reuniões semanais realizadas nas quartas-feiras pela Equipe de Saúde.

Organização e gestão dos serviços

Ação: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Os hipertensos são acolhidos por um enfermeiro, o cadastro será realizado pelo ACS, com o gerenciamento do enfermeiro que vai atualizar as informações do SIAB.

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

Detalhamento: O acolhimento destes pacientes acontecerá na sala de recepção pelos integrantes da Unidade Básica de Saúde.

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

Detalhamento: O material adequado para a tomada da medida da pressão arterial, na unidade de saúde pelo enfermeiro ou técnico em enfermagem.

Engajamento público

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

Detalhamento: Os ACS e o Enfermeiro organizarão em suas áreas, reunião semanal em cada comunidade, para informar da existência do programa.

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

Detalhamento: Os ACS e Enfermeiro informarão às comunidades sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente

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

Detalhamento: Os ACS e Enfermeiro orientarão às comunidades sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg.

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

Detalhamento: Os ACS e Enfermeiro orientarão às comunidades sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Será realizado através de treinamentos pelo Enfermeiro cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde desenvolvida pelo médico especializando.

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

Detalhamento: A verificação da pressão arterial de forma criteriosa é realizada por enfermeiro.

Meta 2: Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O monitoramento do número de diabéticos cadastrados no programa será feito a partir de reuniões semanais realizadas nas quartas-feiras pela Equipe de Saúde.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Os diabéticos são acolhidos por um enfermeiro, o cadastro será realizado pelo ACS, com o gerenciamento do enfermeiro que vai atualizar as informações do SIAB.

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

Detalhamento: O acolhimento destes pacientes acontecerá na sala de recepção pelos integrantes da Unidade Básica de Saúde

Ação: Garantir material adequado para a realização de hemoglicotestes na unidade de saúde.

Detalhamento: O material adequado será providenciado pelo enfermeiro ou técnico em enfermagem.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Os ACS e Enfermeiro organizarão em suas áreas, uma reunião, nas comunidades com pacientes diabéticos, para informar da existência do programa mensalmente.

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

Detalhamento Os ACS e Enfermeiro informarão às comunidades sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente

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

Detalhamento: Os ACS e Enfermeiro orientarão às comunidades sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg.

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

Detalhamento: Os ACS e Enfermeiro orientarão às comunidades sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Será realizado através de treinamento pelo Enfermeiro cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde desenvolvida pelo médico especializando.

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

Detalhamento: A capacitação será realizada pelo enfermeiro

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

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados no programa da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos

Detalhamento: O monitoramento dos exames clínicos apropriados será realizado pelo médico a partir do registro na ficha-espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos.

Detalhamento: Serão especificadas atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos pelo médico especializando.

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

Detalhamento: A capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde será realizada quinzenalmente pelo médico com auxílio do enfermeiro.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: A periodicidade para atualização dos profissionais será quinzenalmente.

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

Detalhamento: A versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde será providenciada pelo gestor.

Engajamento público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes.

Detalhamento: Através de reunião mensal nas comunidades realizadas pelo médico especializando e também através das visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado será durante as reuniões realizadas pela equipe de saúde, semanalmente na UBS, pelo médico especializando.

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados no programa da unidade de saúde.

Detalhamento O monitoramento de exames clínicos apropriados será realizado pelo médico, a partir das fichas-espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos

Detalhamento: Serão especificadas atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos pelo médico especializando.

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

Detalhamento: A capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde será realizada quinzenalmente pelo médico com auxílio do enfermeiro.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: A periodicidade para atualização dos profissionais será quinzenalmente.

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

Detalhamento: A versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde será providenciada pelo gestor.

Engajamento público

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

Detalhamento Através de reunião mensal com as comunidades que serão realizadas pelo médico especializando e também através das visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado será durante as reuniões realizadas pela equipe de saúde, semanalmente na UBS, pelo médico especializando.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Será realizada semanalmente através da verificação das fichas-espelho pelos ACS.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Os exames complementares serão indicados pelo médico especializando em cada consulta e visitas domiciliares.

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

Detalhamento: Os exames complementares serão definidos e agilizados pelo médico especializando.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta aos exames complementares preconizados.

Detalhamento: O sistema de alerta aos exames complementares serão preconizados pelo Enfermeiro.

Engajamento público

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

Detalhamento: A orientação aos pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares ficará sob responsabilidade do ACS.

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

Detalhamento: A orientação aos pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares ficará sob responsabilidade dos ACS.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A capacitação da equipe será realizada pelo médico especializando durante a reunião de equipe que acontece semanalmente.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Será realizado semanalmente através da verificação das fichas-espelho pelos ACS.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento Os exames complementares serão indicados pelo médico especializando em cada consulta e visitas domiciliares.

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

Detalhamento Os exames complementares serão definidos e agilizados pelo médico especializando.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: O sistema de alerta aos exames complementares serão preconizados pelo Enfermeiro.

Engajamento público

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

Detalhamento: A orientação aos pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares ficará sob responsabilidade do ACS.

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

Detalhamento: A orientação aos pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares ficará sob responsabilidade dos ACS

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A capacitação da equipe será realizada pelo médico especializando durante a reunião de equipe que acontece semanalmente

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O farmacêutico fará o controle do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde é feito pelo farmacêutico.

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

Detalhamento: O registro das necessidades de medicamentos será feito a partir da ficha-espelho pelo farmacêutico e revisado mensalmente.

Engajamento público

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

Detalhamento: As orientações aos pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso serão feitas pelo ACS e enfermeiro, em cada consulta e visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão

Detalhamento: A atualização do profissional no tratamento da hipertensão será feita pelo médico especializando.

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

Detalhamento: A capacitação da equipe será realizada pelo médico especializando e pelo farmacêutico durante a reunião de equipe que acontece semanalmente.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O farmacêutico fará o controlado acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia .

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O registro das necessidades de medicamentos será feito a partir da ficha-espelho pelo farmacêutico e revisado mensalmente.

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

Detalhamento: O registro das necessidades de medicamentos será feito a partir da ficha-espelho pelo farmacêutico e revisado mensalmente

Engajamento público

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

Detalhamento: As orientações aos pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso serão feitas pelo ACS e enfermeiro, em cada consulta e visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento dos diabéticos.

Detalhamento: A atualização do profissional no tratamento da hipertensão será feita pelo médico especializando.

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

Detalhamento: A capacitação da equipe será realizada pelo médico especializando e pelo farmacêutico durante a reunião de equipe que acontece semanalmente.

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O monitoramento dos hipertensos que necessitam de atendimento odontológico será feito pelo ACS e pelo enfermeiro.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: Organização da ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos será realizada pelo odontólogo, em cada consulta.

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

Detalhamento: Organização da ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos será realizada pelo odontólogo a partir da necessidade relatada pelo próprio usuário e serão dois pacientes por dia para atendimento de usuários encaminhados pelo ACS ou enfermeiro.

Engajamento público

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

Detalhamento: Através de reunião mensal com a comunidade que será realizada pelo enfermeiro e ACS e também através das visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A capacitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos será feita pelo odontólogo durante a reunião de equipe.

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Monitoramento dos diabéticos que necessitam de atendimento odontológico será feito pelo ACS e enfermeiro.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos

Detalhamento: Organização da ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos será realizada pelo odontólogo, em cada consulta.

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

Detalhamento: Organização da ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos será realizada pelo odontólogo a partir da necessidade relatada pelo próprio usuário e será um por dia para atendimento de usuários encaminhados pelo ACS ou enfermeiro.

Engajamento público

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

Detalhamento: Através de reunião mensal com a comunidade que será realizada pelo enfermeiro e ACS e também através das visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A capacitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos será feita pelo odontólogo.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) será feito pelos ACS e enfermeiro.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: A organização de visitas domiciliares para buscar os faltosos ficará sob responsabilidade dos ACS e enfermeiro de forma semanal.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: As organizações de visitas domiciliares para buscar os faltosos ficarão responsáveis os ACS, buscando dois casos diários.

Engajamento público

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

Detalhamento: A informação à comunidade sobre a importância de realização das consultas pelos ACS em cada visita domiciliar.

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

Detalhamento: Os ACS e enfermeiro orientarão a comunidade em cada visita domiciliar, sobre a necessidade de não faltar às consultas programadas.

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

Detalhamento: Através de reunião mensal com a comunidade que será realizada pelo enfermeiro.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A capacitação dos ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade será feita pelo enfermeiro, semanalmente.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) será feito pelos ACS e enfermeiro.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: A organização de visitas domiciliares para buscar os faltosos ficará sob responsabilidade dos ACS e enfermeiro de forma semanal.

Ação: Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A organização de visitas domiciliares para buscar os faltosos ficará responsável os ACS, buscando dois casos diários.

Engajamento público

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

Detalhamento: A informação à comunidade sobre a importância de realização das consultas pelos ACS em cada visita domiciliar.

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

Detalhamento: Os ACS e enfermeiro orientarão a comunidade em cada visita domiciliar, sobre a necessidade de não faltar às consultas programadas.

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

Detalhamento: Através de reunião mensal com a comunidade que será realizada pelo enfermeiro.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A capacitação dos ACS para a orientação de diabéticos quanto à realização das consultas e sua periodicidade será feita pelo enfermeiro, semanalmente.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: O monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde será feita pelo enfermeiro.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: As informações do SIAB atualizadas serão feitas pelo enfermeiro mensalmente.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: A ficha de acompanhamento será implantada pelo enfermeiro de forma diária.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: O registro de informações será feita pelo enfermeiro de forma mensal.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: O monitoramento dos registros será feito pelo médico especializando de forma mensal.

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

Detalhamento: A atualização do SIAB será feita pelo enfermeiro. Será adotado modelo de ficha-espelho para acompanhamento dos hipertensos fornecido pelo curso e o monitoramento dos registros será feito pelo enfermeiro alertando sobre a necessidade da atenção às consultas programadas por parte dos pacientes.

Engajamento público

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

Detalhamento: Através de reunião mensal com a comunidade que será realizada pelos ACS, de forma semanal.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Os registros de acompanhamento aos hipertensos serão feitos pelo enfermeiro em reunião semanal.

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

Detalhamento: A capacitação da equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso será realizada pelo enfermeiro durante a reunião de equipe semanal.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: O monitoramento da qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde será feita pelo enfermeiro.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: As informações do SIAB atualizadas serão feitas pelo enfermeiro mensalmente.

Ação: Implantar ficha de acompanhamento.

Detalhamento: A ficha de acompanhamento será implantada pelo enfermeiro de forma diária.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: O registro de informações será feita pelo enfermeiro de forma mensal.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: O monitoramento dos registros será feito pelo médico especializando de forma mensal.

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

Detalhamento: A atualização do SIAB será feita pelo enfermeiro. Será adotado modelo de ficha-espelho para acompanhamento dos hipertensos fornecido pelo curso e o monitoramento dos registros será feito pelo enfermeiro alertando sobre a necessidade da atenção às consultas programadas por parte dos pacientes.

Engajamento público

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

Detalhamento: A orientação dos pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário será feito pelo enfermeiro.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

Detalhamento: A capacitação da equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do diabético será realizada pelo enfermeiro.

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

Detalhamento: A capacitação da equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do diabético será realizada pelo enfermeiro durante a reunião semanal da equipe.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O monitoramento do número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano será feita pelo médico especializando.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco

Detalhamento: O atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco será realizado pelo médico especializando, tanto em consultas e visitas domiciliares.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: O atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco será realizado pelo médico especializando com livre demanda e a agenda será organizada permitindo reservar 3 vagas de atendimento semanal para pacientes de alto risco.

Engajamento público

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

Detalhamento: Os usuários serão orientados pelos ACS e enfermeiro em cada visita domiciliar.

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

Detalhamento: A orientação aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular será feita pelo enfermeiro e também durante a reunião mensal com a comunidade.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo será feita pelo médico especializando.

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

Detalhamento: A equipe será capacitada pelo enfermeiro em reunião semanal.

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

Detalhamento: A capacitação da equipe quanto a estratégia para o controle de fatores de riscos modificáveis será realizado por médico especializando mensalmente.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O monitoramento do número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano será feita pelo médico especializando.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco será realizado pelo médico especializando, tanto em consultas e visitas domiciliares.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: O atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco será realizado pelo médico especializando com livre demanda e a agenda será organizada permitindo reservar 3 vagas de atendimento semanal para pacientes de alto risco

Engajamento público

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

Detalhamento: A orientação aos usuários quanto ao seu nível de risco e a importância de acompanhamento pelo enfermeiro e ACS, em cada consulta e visita domiciliar.

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

Detalhamento: A orientação aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular será feita pelo enfermeiro e também durante a reunião mensal com a comunidade

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo será feita pelo médico especializando durante a reunião semanal da equipe.

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

Detalhamento: O atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco será realizado pelo médico especializando com livre demanda e a agenda será organizada permitindo reservar 3 vagas de atendimento semanal para pacientes de alto risco.

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

Detalhamento: A capacitação da equipe quanto à estratégia para o controle de fatores de riscos modificáveis será realizado por médico especializando mensalmente.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: Através das fichas-espelho pelo enfermeiro mensalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável

Detalhamento: A organização das práticas coletivas sobre alimentação saudável é realizadas pelo nutricionista em visitas nas comunidades de forma mensal.

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

Detalhamento: O secretário de saúde envolverá a nutricionista na atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos de forma quinzenal.

Engajamento público

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

Detalhamento: A orientação aos hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável será feitas pelos ACS em visitas domiciliares e também durante a reunião mensal com a comunidade.

Qualificação da prática clínica

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

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

Detalhamento: A capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável será feita pela nutricionista durante a reunião de equipe.

Objetivo 6.Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos

Detalhamento: Através das fichas-espelho pelo enfermeiro mensalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: A organização das práticas coletivas sobre alimentação saudável é realizada pelo nutricionista em visitas nas comunidades de forma mensal.

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

Detalhamento: O secretário de saúde envolverá a nutricionista na atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos de forma quinzenal.

Engajamento público

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

Detalhamento A orientação aos diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável será feita pelos ACS em visitas domiciliares e também durante a reunião mensal com a comunidade

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento A capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável será realizada pela nutricionista durante a reunião de equipe

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

Detalhamento A capacitação da equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde será feita por Secretário de Saúde em reunião com os integrantes da UBS.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Através das fichas-espelho pelo enfermeiro mensalmente

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: As práticas coletivas para orientação de atividade física serão feitas pelo médico especializando uma vez por semana na comunidade.

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

Detalhamento: As práticas coletivas para orientação de atividade física serão feitas pelo médico especializando.

Engajamento público

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

Detalhamento: A orientação aos hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular será realizada pelos ACS e enfermeiro, em visitas domiciliares e também durante a reunião mensal com a comunidade.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: As práticas físicas regular de promoção de atividade física serão feitas pelo médico especializando.

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

Detalhamento: A capacitação será realizada pelo médico especializando durante a reunião de equipe.

Objetivo 6.Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Detalhamento: Através das fichas-espelho pelo enfermeiro mensalmente

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: As práticas coletivas para orientação de atividade física serão feitas pelo médico especializando.

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

Detalhamento: O secretário de saúde envolverá a professora de Educação Física na atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos de forma semanal.

Engajamento público

Ação: Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular

Detalhamento A orientação aos diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular será realizada pelos ACS e enfermeiro, em visitas domiciliares e também durante a reunião mensal com a comunidade.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: As práticas físicas regular de promoção de atividade física serão feitas pelo médico especializando.

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

Detalhamento: A capacitação será realizada pelo médico especializando durante a reunião de equipe.

Objetivo 6.Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento: Através das fichas-espelho pelo enfermeiro mensalmente

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: A solicitação de compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" será feita pelo enfermeiro.

Engajamento público

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

Detalhamento: Os hipertensos tabagistas serão orientados sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo pelo enfermeiro e pelos ACS na UBS, nas visitas domiciliares e durante a reunião mensal com a comunidade.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A capacitação da equipe para o tratamento de pacientes de tabagismo será feita pelo enfermeiro.

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

Detalhamento: A capacitação será realizada pelo médico especializando durante a reunião de equipe.

Objetivo 6.Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Detalhamento: Através das fichas-espelho pelo enfermeiro mensalmente.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento A solicitação de compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" será feita pelo enfermeiro.

Engajamento público

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

Detalhamento Os diabéticos tabagistas serão orientados sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo pelo enfermeiro e pelos ACS na UBS, nas visitas domiciliares e durante a reunião mensal com a comunidade.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A capacitação da equipe para o tratamento de pacientes de tabagismo será feita pelo enfermeiro.

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

Detalhamento: A capacitação será realizada pelo médico especializando durante a reunião de equipe.

Objetivo 6.Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento: Através das fichas-espelho pelo enfermeiro mensalmente.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: As orientações serão fornecidas durante a consulta clínica pelo médico, enfermeiro e odontólogo.

Engajamento público

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

Detalhamento Os hipertensos e seus familiares serão orientados sobre a importância da higiene bucal pelo médico especializando e pelos ACS nas visitas domiciliares. O odontólogo terá participação na reunião mensal com a comunidade e fará trabalho de sala de espera uma vez por semana.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento A capacitação à equipe para oferecer orientações de higiene bucal será feita pelo odontólogo durante a reunião de equipe.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento: Através das fichas-espelho pelo enfermeiro mensalmente.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: As orientações serão fornecidas durante a consulta clínica pelo médico, enfermeiro e odontólogo.

Engajamento público

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

Detalhamento: Os diabéticos e seus familiares serão orientados sobre a importância da higiene bucal pelo médico especializando e pelos ACS nas visitas domiciliares. O odontólogo terá participação na reunião mensal com a comunidade e fará trabalho de sala de espera uma vez por semana.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal

Detalhamento: A capacitação à equipe para oferecer orientações de higiene bucal será feita pelo odontólogo

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Meta 2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Atenção aos usuários com HAS e DM adotaremos o Manual Técnico do Ministério da Saúde 2013. Utilizaremos uma ficha espelho e os prontuários de família para facilitar o registro e monitoramento dos dados que está disponível na UBS.

Para organizar o registro específico do programa, o enfermeiro revisará o livro de registro identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço para atendimento nos últimos dois meses. Sobre a organização do registro específico, uma nova reestruturação dos prontuários médicos será necessária. Vamos providenciar um arquivo onde serão arquivadas as fichas-espelho dos hipertensos e diabéticos. Neste arquivo, as fichas serão separadas pelas oito micros áreas.

O enfermeiro terá em mãos o livro registro dos pacientes com HAS e DM que vieram consultar nos últimos dois meses, buscará informações no prontuário

clínico. Ao mesmo tempo, realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, prescrição de medicamentos da farmácia popular e avaliação das necessidades de atendimento odontológico, vacinas em atraso, etc. O monitoramento e avaliação dos dados da intervenção serão realizados semanalmente por meio da planilha eletrônica de coleta de dados.

Faremos o cadastramento de 50% dos hipertensos (232 usuários) e 50% dos diabéticos (57 usuários) da área de abrangência. Para acompanhamento e monitoramento mensal da intervenção serão utilizados os dados do prontuário de família e a ficha-espelho de todos os usuários do município, solicitados junto ao gestor, totalizando 793 fichas para atender os 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

A capacitação da equipe será realizada quinzenalmente às quartas-feiras à tarde. Participarão todos os membros da ESF. Realizaremos estudo dos protocolos, manual técnico para HAS de 2006 e o manual técnico para DM de 2006, ambos do Ministério da Saúde para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será utilizada 2 horas ao final do expediente em horário destinado a reunião da equipe. Cada membro da equipe terá responsabilidades individuais e conjuntas. Todos os assuntos citados na capacitação serão abordados nesta primeira reunião que será conduzida pelo médico especializando. Na reunião seguinte, serão abordados assuntos de caráter geral, dentre eles, haverá a discussão do projeto de intervenção. Todos terão o uso da palavra para questionar ou abordar algum tema da intervenção. O médico especializando conduzirá a reunião enfatizando a importância deste projeto.

O acolhimento dos usuários portadores de hipertensão e diabetes que buscarem o serviço será realizado pelo enfermeiro. Os usuários com consulta em atraso serão atendidos no mesmo dia ou terão consulta agendada com espera máxima de três dias. Serão reservados 10 horários semanais na agenda médica para atendimento de usuários hipertensos e diabéticos. Os casos agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento evitando complicações próprias destas doenças. Para a demanda proveniente das buscas realizadas pelos ACS serão destinadas cinco consultas semanais. Os exames complementares serão

solicitados de acordo com o protocolo e os registros serão realizados no prontuário e na ficha-espelho para facilitar o monitoramento dos dados.

As ações de saúde coletiva acontecerão nas quintas-feiras à tarde nas comunidades e será conduzido por equipe multiprofissional, médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, ACS e nutricionista. O registro dos encontros e a temática discutida serão registrados no livro de registros.

Com o objetivo de esclarecer à comunidade sobre a atenção primária, e as ações de rastreamento e cadastramento dos hipertensos e diabéticos, faremos dinâmica de sala de espera durante um mês por 15 minutos no início do turno da manhã, pois à tarde realizamos visitas domiciliares.

Será organizado junto à comunidade e dependências da unidade rastreamento no sentido de identificar novos portadores de hipertensão arterial e diabetes precocemente, para evitar complicações futuras, e estimular a comunidade em geral a participação de grupos de apoio como, atividade física, alimentação saudável, grupo de tabagismo e outros. Esta ação será de responsabilidade da técnica em enfermagem e serão realizadas sempre as quartas-feiras a tarde, usando o espaço da UBS e os espaços da comunidade (salão comunitário católico, igrejas, escolas, etc.)

Os pacientes com necessidades especiais ou incapacidade terão o benefício de visita domiciliar, da equipe de saúde não tendo que se deslocar até a UBS. Esta medida será realizada pelos ACS mantendo sempre uma perfeita integração com os restantes dos membros da equipe, onde se organizará a logística da visita. A visita domiciliar compreende médico, enfermeiro, técnica em enfermagem. Quando o ACS identificar necessidades de atendimento aos pacientes deverá solicitar o agendamento. As consultas serão, a princípio, todas pela manhã. Os agendamentos domiciliares devem ser previamente realizados pelo ACS, não podendo ser solicitado no dia desta atividade.

O atendimento será realizado primeiramente pelo enfermeiro. Este irá aferir sinais vitais, assim como peso e altura, hemoglicoteste e a avaliação multidimensional dos pacientes. Após esta etapa, o paciente será conduzido ao consultório do médico especializando, este realizará uma avaliação individual detalhada e abordará alterações da avaliação multidimensional com maiores detalhes, prosseguindo na investigação. Ocorrerá a análise e comparação entre a avaliação multidimensional atual e anteriores, solicitação de exames

complementares quando indicado, averiguação do uso dos fármacos da Farmácia Popular com exclusividade, averiguação de outras doenças; avaliação quanto a necessidade de consulta odontológica assim como orientação sobre a saúde bucal, orientação nutricional e hábitos saudáveis de alimentação, orientação para a atividade física, respeitando as necessidades individuais, ou seja, será realizado um amplo interrogatório.

Os grupos de hipertensos e diabéticos terão um encontro, na última semana de cada mês em um dia a programar, a fim de reunir pacientes hipertensos e diabéticos de todo o micro áreas e abordar temas definidos em reunião de equipe, utilizamos retro projetor, banners, computador, fotos, vídeos etc. Por motivo do atendimento odontológico não pode compreender um dia específico aos hipertensos e diabéticos, pois só temos atendimento três dias por semana para toda a população, será disponibilizada a ficha odontológica e demais materiais que a mesma possui para dar um tratamento de qualidade as pacientes. O preenchimento será realizado pela auxiliar do dentista, e no final desta intervenção o médico especializando analisará os dados para formulação de indicadores prevista na intervenção.

3 Relatório da Intervenção

O presente relatório tem como objetivo principal descrever o processo de intervenção realizado na Unidade de Saúde Central localizada na cidade de Dilermando de Aguiar-RS, no período de março a maio de 2015.

O desenvolvimento deste trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, visando cadastrar, acompanhar e monitorar os usuários portadores destas patologias. Para alcançar os objetivos foram desenvolvidas ações para ampliar a cobertura de usuários cadastrados no programa, melhorar a adesão dos usuários ao programa, melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético, ações de promoção da saúde e ações para melhoria dos processos de trabalho da equipe.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante este período de intervenção foi muito gratificante participar e ser um dos atores de mudanças na sistemática de trabalho nas UBS do município. Assumimos desafios, a partir do momento que viemos para o Programa Mais Médico, (PMM) com a estruturação de um novo modelo de atenção à saúde que, a partir de grandes funções da saúde pública, subordine os conceitos de programas da assistência médica individual, programas de interesses coletivos e direito da cidadania. Estamos trabalhando, enquanto Equipe de Saúde da Família (ESF) para que as atividades de promoção e proteção de saúde se concretizem.

O nosso maior desafio refere-se à melhoria da qualidade da atenção aos usuários, para que todos tenham acesso às consultas sem nos preocuparmos com o nível socioeconômico, que tenham condições necessárias ao atendimento dos mais simples aos de maior complexidade, tudo isto nos leva gradativamente superar as desigualdades no acesso no atendimento aos usuários, dando a todos uma atenção

diferenciada, com amor, carinho, respeito a todos que buscam uma solução aos problemas de saúde.

Tivemos condições de fazer um trabalho integrado e dinâmico entre ESF, trabalhadores das UBS líderes comunitários das mais variadas localidades do interior do município e da sede, tendo a população como alva do nosso programa. Não deixamos nenhum usuário sem atendimento tanto nas UBS como visitas domiciliares que realizamos diariamente.

Para iniciarmos a intervenção fizemos um trabalho de orientação a todos os membros da ESF envolvendo o secretário de saúde, enfermeiros, ACS, odontólogo, nutricionista e demais funcionários das UBS, registramos tais encontros com fotos. Todos foram apresentados ao protocolo de atendimento aos portadores de HAS e DM do MS-2013, inclusive receberam uma cópia impressa do material. Havia uma motivação para a nova dinâmica de trabalho. Reunimo-nos na UBS da sede do município e durante a reunião fiz a apresentação do protocolo esclarecendo as dúvidas que surgiram. Como médico responsável pelo atendimento clínico dos usuários está a cada dia exercitando toda a ESF para o compromisso e corresponsabilidade por parte de todos envolvidos para que, não só nesse período da intervenção, mas sempre repensem suas práticas, revendo os paradigmas do processo saúde/ doença, devendo atuar de modo mais complexo e dinâmico.

Realizamos reuniões periódicas com toda a ESF e planejávamos as ações que seriam realizadas na semana seguinte em cada UBS e também as visitas domiciliares. Os ACS, juntamente com os enfermeiros agendavam as consultas e visitas domiciliares, independente das localidades. Esta nova prática provocou mudanças não só para a ESF, mas também para os usuários, houve transformações em estilos de vida no âmbito social, hoje há uma maior integração entre comunidade e ESF nas diferentes localidades do município.

Quanto à busca ativa aos faltosos, o enfermeiro controlava a agenda e em caso de faltosos, imediatamente comunicavam o ACS do respectivo micro área para realizar a busca ativa. Muitas vezes o problema era a falta de transporte da residência do usuário até a UBS.

Realizamos encontros com as lideranças comunitárias na localidade de: Capão Grande, Campo da Pedra, Sotéia, Grápia, São José da Porteirinha, Sarandie Rincão do Pinheiro. Foram sempre encontros exitosos, realizamos palestras sobre hipertensão e diabetes enfatizou a importância da

observância em relação ao tratamento medicofalamos sobre higiene, prática de atividades físicas, saúde bucal, exames complementares, cuidado que deve ter com os pés, complicações, hábito da ingestão de bebidas alcoólicas, uso do fumo e também orientamos sobre a importância de realizar o acompanhamento de rotina na UBS.

Neste período da intervenção, que estamos trabalhando a HAS e DM, por ter um número elevado de usuários portadores destas patologias no município, nos desafia em termos uma atenção essencial a saúde dos mesmos e aplicarmos métodos práticos cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis tornando acessíveis aos indivíduos e famílias na comunidade as mudanças no estilo de vida, cuidados com a higiene corporal e ambiente, mudança na maneira de selecionar seus cardápios para a alimentação, abandono do uso de bebidas alcoólicas e fumo, prática de atividades física que, a partir das nossas recomendações já exercem semanalmente em todas as comunidades do interior.

Estou a cada dia exercitando toda a Equipe de Saúde para o compromisso e corresponsabilidade por parte de todos envolvidos para que, não só nesse período da Intervenção, mas sempre repensem suas práticas, revendo os paradigmas do processo saúde/doença, devendo atuar de modo mais complexo e dinâmico, dando orientações necessárias conforme cada caso que surja na UBS. Fazemos atendimentos não só aos hipertensos e diabéticos, mas a todos que procuram nossos serviços.

Realizamos o cadastramento dos hipertensos e diabéticos, o atendimento clínico e odontológico de acordo com o cronograma proposto. Quanto ao atendimento odontológico sempre foi realizado com prévio agendamento e procurando priorizar os usuários portadores destas patologias crônicas.

Os agentes comunitários de saúde foram capacitados para a realização da busca ativa aos hipertensos e diabéticos faltosos assim como orientados a realizar o monitoramento dos usuários, encaminhando os problemas de saúde que surgiam e agilizando o transporte para os que necessitavam de consultas ou exames complementares.

Ressaltamos que no período da intervenção cadastramos um elevado número de usuários idosos, com sessenta anos ou mais foram 192 (62%), e com mais de setenta anos, 106(34%). Constatamos esta realidade e percebemos que os habitantes do município, na maioria, são idosos, apresentam doenças crônicas não

transmissíveis, mas está procurando tratamento, buscando informações para mudarem hábitos alimentares, mudança no estilo de vida. Isso nos gratifica, pois estamos fazendo um trabalho de conscientização em reuniões de grupos e encontros nas comunidades.

Este trabalho será uma constante durante todo o tempo que estaremos respondendo pelo PMM espero que seja seguido pelos próximos que virão, pois as nossas UBS estão preparadas e com condições de continuar este trabalho que iniciamos.

Percebo que a equipe está mais confiante e responsável no cuidado à saúde da população, e sente-se valorizada no trabalho que realiza. Quero registrar também as facilidades e o apoio constante tanto do poder executivo quanto do secretário de saúde, que incansavelmente atendiam nossas reivindicações. Tivemos sempre um meio de transporte com as condições necessárias para nos deslocarmos da UBS da sede até o interior do município para realizar as ações de saúde em todas as comunidades vinculadas a Unidade de Saúde Central.

É muito prazeroso e gratificante saber que estamos encerrando mais uma etapa deste programa que nos propomos realizar, apesar da redução do período de intervenção de 16 para 12 semanas.

Os usuários estão expressando satisfação no recebimento do tratamento, atenção e acompanhamento que possuem por parte da ESF. Constatam que há um bom desempenho frente ao tratamento que estão recebendo, pois a pressão arterial é medida constantemente e percebe-se tanto quando vêm a UBS quanto nas visitas domiciliares que está nos parâmetros normais, isto demonstra que está havendo um bom manejo da doença.

Percebemos que está havendo mudanças na maneira de sentirem-se valorizados como seres humanos inseridos nas comunidades, pois recebem atendimento de qualidade, não havendo diferenças em relação à posição sócias econômica. Também o estilo de vida mudou, participam de eventos sociais com mais frequências, sentem-se motivados à prática de atividades físicas, entre outras. Outro aspecto positivo que nos gratifica muito é a acolhida que recebemos de toda a população. Quando chegamos aos seus lares, em visitas domiciliares, são amáveis.

Baseado nesses fatos e que sabemos que estamos no caminho certo, atentos à medicação e estilo de vida de cada usuário, permitindo que tenham mais qualidade de vida e longevidade.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas durante o cronograma das atividades do projeto de intervenção foram realizadas satisfatoriamente atingindo as metas estabelecidas conforme planejamento.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação às dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, observamos que a planilha foi de fácil preenchimento apesar de muito trabalhoso pelo grande número de usuários atendidos diariamente, tanto os agendados quanto os que buscam atendimento sem prévio agendamento. O período de intervenção foi difícil porque tínhamos que atingir metas em período estabelecido. O fechamento da planilha era feito diariamente. Pelos cálculos dos indicadores alcançamos 288 (62,2%) hipertensos e 102(89,5%) diabéticos em 12 semanas de intervenção, com a continuidade das ações chegaremos a 100% de cobertura.

3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços

Quanto à incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço percebeu-se, durante as reuniões, que a equipe mostrou-se satisfeita e estimulada com a intervenção e referiu que irá continuar com as atividades. Realizaremos evolução mensal dos indicadores de cobertura de hipertensos e diabéticos, cadastramento, atendimento clínico e odontológico, busca ativa aos faltosos às consultas, orientação nutricional, prática de atividades física, risco do tabagismo, higiene bucal, estratificação de risco cardiovascular, registro adequado na ficha de acompanhamento. A unidade de saúde vai passar por várias mudanças dentre elas a mudança em atenção primária da saúde, estando atentos aos cursos de atualização para que estejam cada vez mais preparados e qualificados para continuar com o programa de atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos.

Quanto aos pontos negativos o que mais nos preocupa é a dificuldade que muitos pacientes encontram para chegar até a nossa UBS da sede ou de São José da Porteirinha, pois nosso município tem uma extensão territorial muito grande,

dificultando a locomoção dos mesmos. Não há transporte diariamente para todas as localidades, sendo assim, faltam aos atendimentos ou deixam de fazer os exames complementares, não podem retirar os medicamentos da farmácia popular, faltam ao atendimento odontológico.

Também nos preocupamos com o grande número de pessoas idosas que moram sozinhas, não tendo alguém que os ajude nas necessidades básicas com tomar a medicação em horário e dias certos, cuidar da alimentação, da higiene, etc.

Há casos que nos deixam decepcionados, pois solicitamos após reunião com o secretário e saúde e toda a equipe a realização de exames mais complexos que deveriam ser feitos no hospital Universitário de Santa Maria como, por exemplo, colonoscopia, endoscopia, cirurgias menores e ultrassom com biópsia de próstata, problemas oftalmológicos que deveriam ser feitos a partir da solicitação, mas há muita demora. O que é alegado e que tudo depende de atendimento conforme agendamento há muita procura de usuários nesse hospital e dão preferência para casos mais urgentes.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi realizada na Unidade de Saúde Central no município de Dilermando de Aguiar-RS nos meses de março a maio de 2015. A intervenção foi voltada para o alcance de vinte e quatro metas com o objetivo de melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos.

Residem em nossa área de abrangência aproximadamente 3.044 pessoas, com uma estimativa de 463 hipertensos (22,7% da população total) e 114 diabéticos (5,6% da população total). Dedicamo-nos a cadastrar e acompanhar todos os hipertensos e diabéticos nesses três meses de intervenção. Algumas metas foram alcançadas plenamente e outras precisam de aprimoramento. Descreveremos a seguir os resultados conforme as metas e indicadores estabelecidos em nosso projeto.

Objetivo específico 1: Ampliar a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos.

Meta 1: Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

A meta de cobertura estipulada no projeto de intervenção era de 50% para os hipertensos. No primeiro mês da intervenção conseguimos cadastrar 95 (20,5%) hipertensos, no segundo mês foram 187 (40,4%) e no terceiro mês chegamos a 288 (62,2%) hipertensos, alcançando, assim a meta estabelecida.

O sucesso no alcance da meta estabelecida se deve ao empenho de toda a equipe, atendimento com qualidade, a motivação de transformação de mudança no

estilo de vida. Vendo toda essa motivação nós enquanto equipe de saúde nos sentimos gratificados e melhor preparados para atender hipertensos. Quanto às dificuldades podemos citar alguns pacientes faltosos, mas sempre recuperados. Estes faltosos possuem características que a maioria dos pacientes apresenta. São tranquilos, acreditam que não dando para consultar no dia marcado, é simples, marca-se outra consulta. Estamos trabalhando para mudar esta rotina dos pacientes. Recuperamos estes faltosos tanto em visitas domiciliares ou atendimentos nas UBS.

A figura 1 apresenta a cobertura do programa de atenção aos hipertensos na UBS Central em três meses.

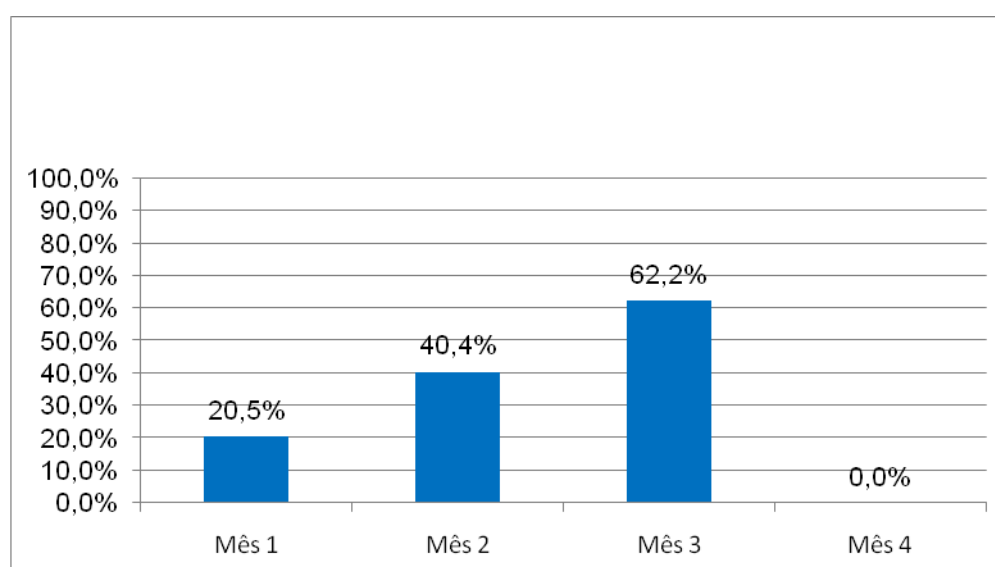


Figura 1: Proporção de hipertensos cadastrados na UBS Central, Dilermando de Aguiar/RS.

Objetivo específico 2: Ampliar a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos

Meta 2: Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

A meta era cadastrar e acompanhar 57 (50,0%) pacientes diabéticos. No primeiro mês da intervenção conseguimos cadastrar 35 (30,7%) diabéticos, no segundo mês chegamos a 69 (60,5%) e no terceiro mês alcançamos 102 (89,5%) dos pacientes diabéticos. Alcançamos a meta estabelecida no projeto.

O sucesso no alcance da meta estabelecida se deve ao empenho de toda a equipe, atendimento com qualidade, a motivação de transformação de mudança no estilo de vida. Vendo toda essa motivação nós enquanto equipe de saúde nos sentimos gratificados e melhor preparados para atender diabéticos. Quanto às dificuldades podemos citar alguns pacientes faltosos, mas sempre recuperados.

Quanto às dificuldades da Equipe de Saúde podemos dizer que é refazer um controle já efetivado dos pacientes, que serão atendidos no dia marcado e buscá-los para que venham às consultas, pois o acompanhamento dos mesmos requer que não falem às consultas.

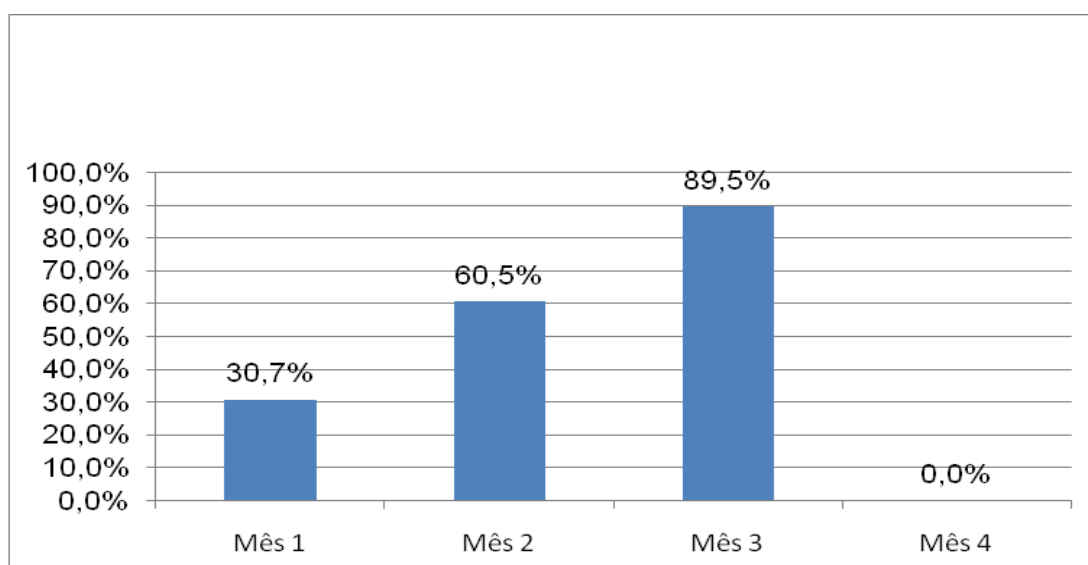


Figura 2: Proporção de diabéticos cadastrados na UBS Central, Dilermando de Aguiar/RS.

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

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

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

Esta meta obteve 100% de qualidade nos três meses correspondentes a intervenção. Ficando assim distribuído: no primeiro mês 95 (100%) paciente, no segundo mês 187 (100%) paciente e no terceiro mês 288 (100%) paciente. Acreditamos que foi possível realizar o exame clínico apropriado conforme protocolo em 100% dos pacientes cadastrados em virtude do acompanhamento e atenção a

toda clientela cadastrada, pois havia controle e quando faltavam as consultas e exames complementares eram sempre monitorados e recuperados.

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

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

Esta meta obteve 100% de qualidade nos três meses correspondentes a intervenção. Ficando assim distribuído: no primeiro mês 35 (100%) usuários, no segundo mês 69 (100%) usuários e no terceiro mês 102 (100%) usuários. Acreditamos que foi possível realizar o exame clínico apropriado conforme protocolo em 100% dos pacientes cadastrados em virtude do acompanhamento e atenção a toda clientela cadastrada, pois havia controle e quando faltavam as consultas e exames complementares eram sempre monitorados e recuperados.

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

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

Esta meta não foi atingida como mostra a Figura 3. No primeiro mês avaliamos os resultados dos exames complementares de 86 (90,5%) usuários, no segundo mês foram 180 (96,3%) e no terceiro mês 288 (100%). Muitos usuários compareciam a primeira consulta anual, sem terem realizado os exames complementares anteriormente. Então, solicitávamos os exames nesta primeira consulta e aguardávamos os resultados. Todos os pacientes já saíam da consulta com o agendamento para retorno com os resultados dos exames.

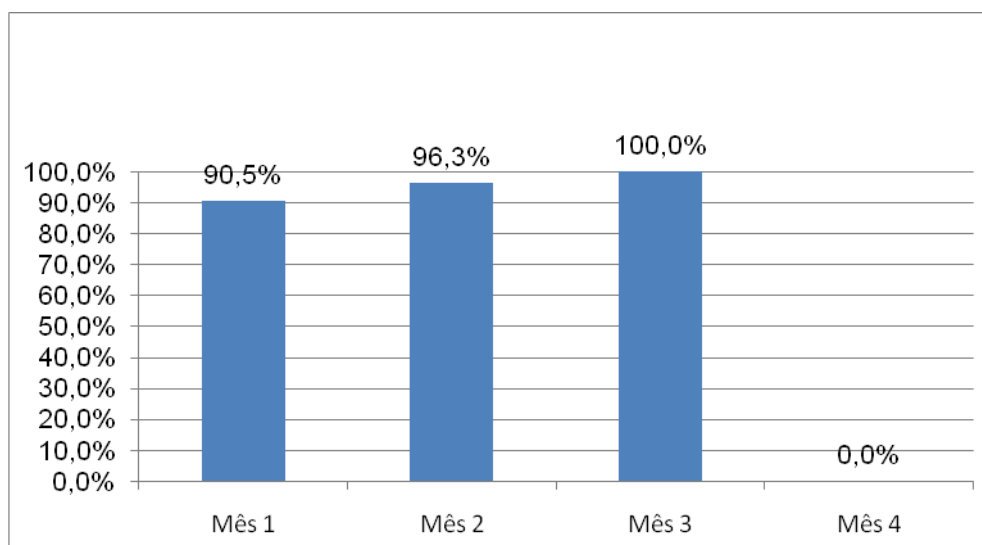


Figura 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Central, Dilermando de Aguiar/RS.

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

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

Esta meta não foi atingida como mostra a Figura 4. No primeiro mês avaliamos os resultados dos exames complementares de 32 (91,4%) pacientes, no segundo mês foram 68 (98,6%) e no terceiro mês 102 (100%). Muitos pacientes compareciam a primeira consulta anual, sem terem realizado os exames complementares anteriormente. Então, solicitávamos os exames nesta primeira consulta e aguardávamos os resultados. Todos os pacientes já saíam da consulta com o agendamento para retorno com os resultados dos exames.

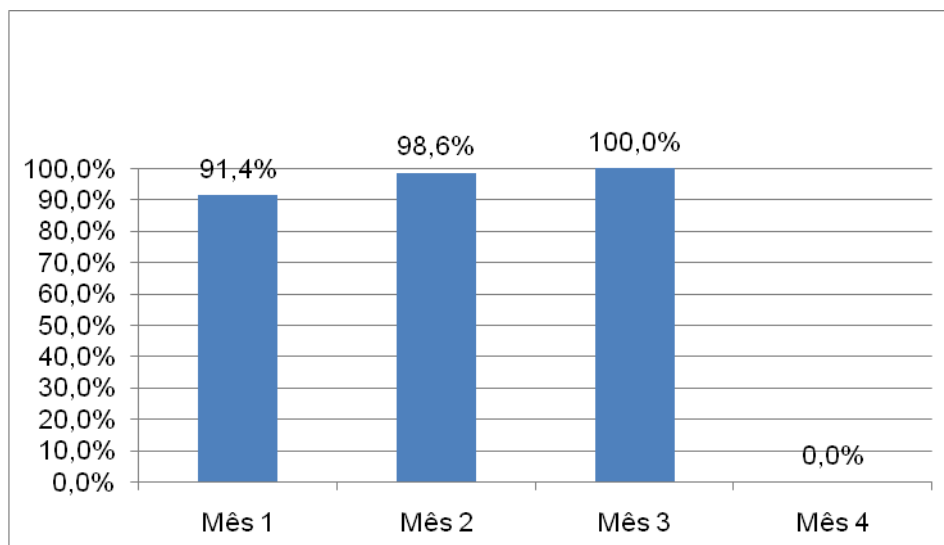


Figura 4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Central, Dilermando de Aguiar/RS.

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

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

Esta meta foi alcançada em 100% dos pacientes nos três meses correspondentes a intervenção. No primeiro mês prescrevemos medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA para 95 (100%) usuários, no segundo mês foram 187 (100%) e no terceiro mês 288 (100%). Conseguimos que todos os usuários hipertensos tivessem a possibilidade de adquirir a medicação através da farmácia popular, temos medicação garantida a todos os pacientes hipertensos, permitindo um bom seguimento e controle de cada usuário e assim nos permite mantê-los com pressão arterial com cifras normais.

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

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

Esta meta foi alcançada em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção. No primeiro mês prescrevemos medicamentos da

farmácia popular/HIPERDIA para 35 (100%) usuários, no segundo mês foram 69 (100%) e no terceiro mês 102 (100%). Conseguimos que todos os usuárioriabéticos tivessem a possibilidade de adquirir a medicação através da farmácia popular temos medicação garantida a todos os usuários diabéticos, permitindo um bom seguimento e controle de cada paciente, e assim nos permite mantê-los com cifras de glicemia normais.

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

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

Esta meta foi alcançada em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção. No primeiro mês realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 95 (100%) usuários, no segundo mês foram 187 (100%) e no terceiro mês 288 (100%). A avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi facilitada, pois, através dos encontros, das capacitações que fizemos com toda a equipe de saúde, a odontóloga sentiu-se comprometida e motivada a dar uma atenção diferenciada aos hipertensos. Realizaram-se atendimentos, após agendamentos, para ver a verdadeira necessidade de tratamento odontológico a cada paciente. O que dificulta é que no município só há uma profissional da área.

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

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

Esta meta foi alcançada em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção. No primeiro mês realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 35 (100%) usuários, no segundo mês foram 69 (100%) e no terceiro mês 102 (100%). A avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi facilitada, pois, através dos encontros, das capacitações que fizemos com toda a equipe de saúde, a odontóloga sentiu-se comprometida e motivada a dar uma atenção diferenciada aos pacientes diabéticos. Realizaram-se atendimentos, após agendamentos, para ver a verdadeira

necessidade de tratamento odontológico a cada usuário. O que dificulta é que no município só há uma profissional da área.

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

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

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

Esta meta foi alcançada em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção. No primeiro mês foram 16 (100%) usuários faltosos que foram buscados, no segundo mês foram 32 (100%) e no terceiro mês 42 (100%). A busca aos usuários faltosos foi facilitada, pois, havia um controle rigoroso quanto aos faltosos e imediatamente eram acionados os ACS para recuperá-los, sendo o motivo de termos atingido os 100% de usuários recuperados.

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

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

Esta meta foi alcançada em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção. No primeiro mês foram 7 (100%) usuários faltosos que foram buscados, no segundo mês foram 11 (100%) e no terceiro mês 15 (100%). A busca aos usuários faltosos foi facilitada, pois, havia um controle rigoroso quanto aos faltosos e imediatamente eram acionados os ACS para recuperá-los, sendo o motivo de termos atingido os 100% de pacientes recuperados.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações:

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

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

Esta meta foi alcançada em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção. No primeiro mês foram 95 (100%) usuários com

ficha-espelho preenchida, no segundo mês foram 187 (100%) e no terceiro mês 288 (100%). O preenchimento da ficha-espelho foi facilitado, pois tínhamos a nossa disposição todas as fichas-espelho desde o início da Intervenção. Essa facilidade foi propiciada pelo secretário de Saúde, que sabia da importância deste trabalho.

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

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

Esta meta foi alcançada em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção. No primeiro mês foram 35 (100%) usuários com ficha-espelho preenchida, no segundo mês foram 69 (100%) e no terceiro mês 102 (100%). O preenchimento da ficha-espelho foi facilitado, pois tínhamos a nossa disposição todas as fichas-espelho desde o início da Intervenção. Essa facilidade foi propiciada pelo secretário de Saúde, que sabia da importância deste trabalho.

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

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

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

Esta meta foi alcançada em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção. No primeiro mês realizamos a estratificação de risco cardiovascular conforme escala de Framingham de 95 (100%) usuários, no segundo mês foi 187 (100%) e no terceiro mês 288 (100%). A realização da estratificação de risco cardiovascular foi possível devido ao empenho tanto da equipe de saúde em função de cada usuário, quanto à conscientização do grau do problema que lhe é acometido buscando mudar o estilo de vida em relação a hábitos alimentares, atividades físicas e cuidados em de saúde em geral.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Esta meta foi alcançada em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção. No primeiro mês realizamos a estratificação de risco cardiovascular conforme escala de Framingham de 35 (100%) usuários, no segundo mês foi 69 (100%) e no terceiro mês 102 (100%). A realização da estratificação de risco cardiovascular foi possível devido ao empenho tanto da equipe de saúde em função de cada paciente, quanto a conscientização do grau do problema que lhe é acometido buscando mudar o estilo de vida em relação a hábitos alimentares, atividades físicas e cuidados em realizar periodicamente os exames complementares, virem às consultas e atenção a medicação prescrita.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Esta meta foi alcançada em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção. O sucesso desta meta foi possível através da realização de orientação nutricional aos hipertensos devido ao empenho de cada integrante da equipe de saúde, desde ACS, enfermeiros, médico, nutricionista, pois a orientação nutricional é a base para o hipertenso mudar a qualidade de vida.

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

Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Esta meta foi alcançada em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção. O sucesso desta meta foi possível através da realização de orientação nutricional aos diabéticos devido ao empenho de cada integrante da equipe de saúde, desde ACS, enfermeiros, médico, nutricionista, pois a orientação nutricional é a base para os diabéticos melhorarem a qualidade de vida.

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

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

Esta meta foi alcançada em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção. O sucesso desta meta foi possível graças a orientação recebida por parte da equipe de saúde, esforço do município em ter um profissional da área de educação física em todas as localidades do município. Este profissional atende diariamente três localidades do interior do Município e sede. No final da semana computa-se o número de atendimentos atingindo todas as localidades envolvendo pessoas de ambos os sexos nas mais variadas faixas etárias, fundamentalmente pessoas da terceira idade.

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

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

Esta meta foi alcançada em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção. O sucesso desta meta foi possível graças a orientação recebida por parte da equipe de saúde, esforço do município em ter um profissional da área de educação física em todas as localidades do município. Este profissional atende diariamente três localidades do interior do município e sede. No final da semana computa-se o número de atendimentos atingindo todas as localidades envolvendo pessoas de ambos os sexos nas mais variadas faixas etárias, fundamentalmente pessoas da terceira idade.

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

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

Esta meta foi alcançada em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção. O sucesso desta meta foi possível através da realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos em encontros e

palestras realizadas pela equipe de saúde em todas as localidades do município e nas visitas domiciliares.

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

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

Esta meta foi alcançada em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção. O sucesso desta meta foi possível através da realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos em encontros e palestras realizadas pela equipe de saúde em todas as localidades do município e nas visitas domiciliares.

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

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

Esta meta foi alcançada em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção. O sucesso desta meta foi possível através da realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos em cada consulta realizada nas UBS e visitas domiciliares, pois sabemos da importância do cuidado com a higiene bucal, fazendo exames periódicos, assim como limpezas dentárias tão necessárias para evitar as cáries.

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

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

Esta meta foi alcançada em 100% dos pacientes nos três meses correspondentes a intervenção. O sucesso desta meta foi possível através da realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos em cada consulta realizada nas UBS e visitas domiciliares, pois sabemos da importância do cuidado com a higiene bucal, fazendo exames periódicos assim como limpezas dentárias tão necessárias para evitar as cáries.

Ao final da intervenção, estamos satisfeitos com os resultados alcançados, todas as metas foram alcançadas e temos a certeza da continuidade do trabalho e da incorporação e aperfeiçoamento das ações em nossa rotina.

4.2 Discussão

Durante o trabalho do período da intervenção juntamente com toda equipe de saúde. Modificamos uma realidade que parecia ser impossível, dentro das UBS do município de Dilermando de Aguiar. Com a intervenção foi possível alcançar benefícios tanto para a equipe quanto para os usuários, ou seja, houve ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, criação e manutenção de um registro adequado, bem como atualização da ficha de acompanhamento destes usuários, da mesma forma que a realização da estratificação do risco cardiovascular de cada um deles e também o atendimento clínico e odontológico de rotina nestes dois grupos. Foi realizada orientação nutricional sobre alimentação saudável, riscos do tabagismo e benefícios da atividade física.

Antes do período da intervenção as atividades relacionadas aos atendimentos e cuidados aos hipertensos e diabéticos eram feitas somente pelo médico, motivo pelo qual durante o projeto de Intervenção foi modificado, e assim, distribuindo as tarefas entre todos os membros da equipe de saúde, desde os ACS até ao médico, viabilizando a atenção a um número maior de usuários. Com o novo modelo de atendimentos houve melhoria nos registros, viabilizando a otimização de ajuda para atenção à demanda espontânea.

A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos propiciou a termos uma ideia real de cada caso dentro deste universo de usuário facilitando a prioridade de atendimento aos mesmos.

O período da intervenção trouxe muitos benefícios para a equipe de saúde, principalmente no que diz respeito ao conhecimento da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Este trabalho em conjunto exigiu que cada membro da equipe se capacitasse para realizar seu papel de acordo com as recomendações do MS. A partir da capacitação houve transformações em relação ao empenho, trabalho em equipe, corresponsabilidade e empenho conjunto para que este período da

Intervenção obtivesse o sucesso que almejávamos e pudéssemos atingir todas as metas estabelecidas.

Nossa maior preocupação durante o período da intervenção foi quanto ao atendimento odontológico, principalmente aos usuários hipertensos e diabéticos, pois no município há somente uma odontóloga para dar atendimento a todos os usuários.

A intervenção trouxe muitos benefícios para nosso município, UBS e serviços de atendimentos, uma vez que, foi possível organizar e mudar os atendimentos aos hipertensos e diabéticos. Não havia uma real noção dos problemas de cada um desses usuários. Deu condições a todos os trabalhadores engajados neste período de Intervenção conhecer em profundidade os problemas de saúde, aumentando a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos.

Em relação ao período da intervenção para a comunidade, foi de grande importância, para toda população e em especial aos hipertensos e diabéticos. Os usuários sentem-se beneficiados pelas consultas nas UBS, consultas nas mais variadas localidades do interior e visitas domiciliares com a priorização do atendimento, principalmente aos de maior risco, bem como a possibilidade de agendamento nas UBS.

As melhorias foram constatadas através da análise dos dados coletados, da ampliação na cobertura dos atendimentos a estes pacientes e das ações em saúde prestadas por cada um dos membros da equipe de saúde. Sabemos que temos necessidade de continuarmos esse trabalho que iniciou com o período da Intervenção e como deu certo, continuará com certeza, por toda equipe de saúde do município.

4.3 Relatório da intervenção para gestores.

Ao Secretário de saúde do município de Dilermando de Aguiar, senhor Claudio Luiz Rubenich Flores

Este relatório é uma síntese referente ao trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância pela UFPEL, que propiciou avaliação da unidade básica de saúde a partir da análise situacional. O tema escolhido foi a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos, devido a alta incidência destas doenças crônicas no município. A intervenção ocorreu nos meses de março a maio (totalizando 12 semanas de intervenção) do ano de 2015, na Unidade de Saúde Central no município de Dilermando de Aguiar, com ações que foram voltadas para a qualificação da prática clínica, engajamento público, organização e gestão do serviço e monitoramento e avaliação da ação programática.

Durante o período da intervenção houve necessidade de capacitação, superação de cada integrante da equipe de saúde, através de reuniões e palestras, para seguir as recomendações do Ministério da Saúde, relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento de hipertensos e diabéticos.

Esta atividade proporcionou um trabalho em equipe entre médico, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontóloga, nutricionista, agentes comunitários de saúde e recepção, permitindo que as atividades dos cuidados a todos os usuários em especial, aos hipertensos e diabéticos, que anteriormente era realizada basicamente pelo médico, fosse compartilhada por todos e assim, com a distribuição das tarefas, viabilizou o atendimento a um número maior de usuários.

Ao longo das 12 semanas de intervenção cadastramos, acompanhamos e monitoramos 288 (62,2%) hipertensos e 102(89,5%) diabéticos. Todos estão com exames clínicos em dia, realizamos exame ao pé diabético a 100% dos pacientes portadores desta patologia, todos os usuários cadastrados passaram por avaliação da necessidade de atendimento odontológico e foram ofertadas várias atividades em saúde com palestras ao grupo nos diversos temas, alimentação saudável, atividades físicas, riscos do tabagismo entre outros.

Outro resultado importante para a comunidade diz respeito ao conhecimento real sobre seus problemas de saúde permitindo maior cuidado com a saúde,

mudança de estilo de vida, valorização das atividades físicas e assim tendo maior qualidade de vida.

Durante o projeto foi realizada a classificação de risco de hipertenso e diabético o que foi importantíssimo para dar prioridade no atendimento especialmente aos pacientes de alto risco.

Conseguimos orientar todos os pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados, sobre a importância da avaliação odontológica, porém, tivemos dificuldade e preocupação com a realização da mesma, pois o município possui apenas um odontólogo para todas as unidades de saúde, ficando como sugestão ao gestor municipal a contratação de mais odontólogos.

O projeto é de suma importância para os profissionais de saúde, pois nos permitiu melhorar nossos conhecimentos e seguir o protocolo do Ministério da Saúde para acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, melhorando a qualidade do serviço de saúde, com reflexos na qualidade de vida da população.

Podemos afirmar que o projeto não termina por aqui. O início foi dado através da intervenção e ainda precisamos melhorar alguns aspectos para aprimorar cada vez mais nossa assistência aos usuários. Uma assistência de qualidade e profissionais capacitados é um direito de todos, por isso estaremos buscando a cada dia aperfeiçoar nosso conhecimento.

Gilberto Almeida Rodrigues

Médico do Programa Mais Médico

Dilermando de Aguiar, 2015.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Aos usuários da unidade de saúde central de Dilermando de Aguiar

O presente relatório é uma síntese das atividades e ações que foram desenvolvidas pela equipe de saúde na unidade de saúde Central do município de Dilermando de Aguiar, no período de março a maio de 2015, que teve como objetivo geral melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus.

Sendo assim, realizamos o cadastramento destes usuários, melhoramos o registro, bem como realizamos um atendimento integral para os portadores destas doenças. Entramos em contato com a comunidade para esclarecer sobre a importância da prevenção da hipertensão e do diabetes, bem como sobre os fatores de risco.

A equipe realizou reuniões semanalmente, para que todos estivessem capacitados para o atendimento, cadastramento e para realizar ações de promoção de saúde aos hipertensos e diabéticos.

As consultas clínicas médicas se mantiveram durante toda a intervenção. O atendimento aos usuários foi organizado e planejado, dedicando turnos de atendimento específico para o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos em acompanhamento regular e para aqueles vindos da busca ativa e do que estavam com exames atrasados.

Ao longo das 12 semanas de intervenção cadastramos, acompanhamos e monitoramos 309 usuários hipertensos e/ou diabéticos, no primeiro mês cadastramos e acompanhamos 95 hipertensos e 35 diabéticos, no segundo mês foram 187 hipertensos e 69 diabéticos, chegando ao final do terceiro mês com 288 hipertensos e 102 diabéticos. Todos estão com exames clínicos em dia, realizamos exame ao pé diabético a 100% dos pacientes portadores desta patologia, todos os usuários cadastrados passaram por avaliação da necessidade de atendimento odontológico e foram ofertadas várias atividades em saúde com palestras ao grupo nos diversos temas, alimentação saudável, atividades físicas, riscos do tabagismo entre outros.

Com certeza o período da intervenção melhorou a qualidade do serviço prestado e será mantida pela equipe. O grande benefício do projeto de intervenção é a melhoria da qualidade da assistência prestada aos hipertensos e diabéticos.

Preocupados em melhorar o estado de saúde da população, mediante construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e metas a que nos propomos, sentimos que a comunidade se faz presente pelas ações de reconhecimentos que estão diariamente nos demonstrando.

Todas as comunidades possuem um Agente Comunitário de Saúde que os representa reivindicando todo o tipo de assistência necessária em relação à saúde dos mesmos. Este ACS, visita todos os domicílios e é o elo entre usuários e equipe de saúde.

As comunidades motivadas pelo período da intervenção estão mais integradas, procurando em conjunto, buscar soluções para problemas envolvendo a saúde de integrantes que estão inseridos na comunidade. É o coletivo buscando soluções para o individual.

A satisfação das comunidades é sentida em cada tarefa realizada em função de dar um melhor acolhimento à Equipe de Saúde que a visita e realiza atendimento médico mensal. Verificou-se neste período da intervenção a preocupação dos moradores em ativar imóveis fechados, tais como sala de costura, espaços em CTG, Igrejas, transformando-os em consultórios para atendimento aos pacientes nos dias de consulta, sendo que utilizaram recursos próprios e as atividades foram feitas em grupos, unidos pelos mesmos objetivos.

Gilberto Almeida Rodrigues

Médico do Programa Mais Médico

Dilermando de Aguiar, 2015.

5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Em fevereiro de 2014 iniciei uma nova experiência dentro de minha profissão no Brasil, pois já havia desenvolvido trabalhos semelhantes em outros Países como Guiné Equatorial e Venezuela.

Aqui no Brasil, dentro do Programa Mais Médico comecei atender nas UBS e comunidades do interior do Município de Dilermando de Aguiar, no mês de março de 2014.

Primeiramente tivemos no Estado de São Paulo, trinta dias de treinamento sobre o idioma e manejo do Sistema de Saúde no Brasil.

Devido às vertiginosas transformações da sociedade contemporânea tem colocado em questão, de modo cada vez mais inciso, aspectos relativos à formação profissional. Debates, encontros, formações fazem-se necessários para que o profissional da saúde, na medida em que a dissociabilidade entre teoria e prática, o desenvolvimento de uma visão integral do homem tem que corresponder cada vez mais dentro da área médica, tendo a saúde dos pacientes, principalmente hipertensos e diabéticos como foco principal.

Cheguei às UBS, onde oferecia todas as condições necessárias para desenvolver um bom trabalho. Iniciamos com encontros com toda a Equipe de Saúde, procurei mudar valores até então considerados intocáveis. O nosso primeiro trabalho juntamente com a Equipe de Saúde foi fazer uma reflexão sobre a inserção do profissional da Saúde no novo contexto.

O nosso grande desafio era criar mecanismos, principalmente atender a todos pacientes em especial hipertensos e diabéticos no Município.

Reuníamos, enquanto Equipe de Saúde, na perspectiva de desenvolver o senso coletivo e acabar com o individualismo, desencadeando uma visão do todo, para que ocorressem mudanças sociais, buscando métodos inovadores.

Durante o trabalho da Intervenção foi muito gratificante tanto para os pacientes quanto para os trabalhadores da Saúde, pois viram se concretizar tais objetivos e metas propostas. Realizamos semanalmente trabalhos em grupo, palestras, orientações constantes sempre visando atualizações de nossa Equipe de Saúde.

Certo que, à medida que desenvolvo um trabalho consciente e responsável junto aos meus pacientes exercendo atendimentos nas UBS, visitas domiciliares, consultas semanais em cada localidade do Município tenho convicção de que fiz a escolha certa, no momento em que optei em vir para Dilermando de Aguiar. Cresci como pessoa, como profissional junto aos trabalhadores da saúde, pacientes que atendo diariamente com muito amor, carinho, dedicação, respeito e responsabilidades, valores estes que fazem parte do meu caráter, da minha consciência, de minha personalidade, como profissional da saúde.

Dentro da minha expectativa, neste curso de especialização, sabia que deveria criar mudanças sociais, um novo sistema de saúde dentro de um paradigma sanitário e na prática sanitária. Sabíamos que as mudanças estariam diretamente vinculadas na Atenção Primária da Saúde, APS. Nível do sistema com maior poder para cuidar a saúde com qualidade e resolutividade, maior número de pessoas, criando um sentimento de parceria em busca da melhoria da saúde. Sabemos que uma APS, desde que bem feita, bem planejada e implementada e com infraestrutura necessária teria maior possibilidade de retorno dos investimentos.

Dentro da especialização em EAD fornecido pela UFPEL, temos certeza que a mesma proporciona aos médicos orientados por esta Instituição de Ensino Superior mais segurança no trabalho para reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças, principalmente a hipertensão arterial e diabetes mellitus, casos estes que me preocupa muito, devido às graves consequências que ocorrem a partir destas doenças.

Dentro deste contexto, conclui-se que a prática profissional contribuiu para o meu crescimento, pois as repercussões são positivas. Os indicadores nos fornecem tal resultado junto à população atendida e na satisfação dos usuários. Nesta

perspectiva, estou certo que contribui de maneira significativa para a melhoria da qualidade a atenção à saúde no programa Mais Médico dentro do município e comunidades do interior. Tudo isso possibilitará uma reflexão do processo de trabalho da equipe de saúde da nossa UBS, levando os profissionais e gestores a repensarem suas práticas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica: Diabetes mellitus**. 1. ed. n. 16. Brasília: Ministério da saúde, 2013. 64p.

BRASIL Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica: Hipertensão arterial sistêmica**. 1. ed. n. 15. Brasília: Ministério da saúde, 2013. 58p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2º edição – Brasília: Ministério da Saúde, p.52p, 2013.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante