

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Fundo de Formigueiro,
Formigueiro/RS**

Jorge Luis Bajuelo Lopez

Pelotas, 2015

Jorge Luis Bajuelo Lopez

**Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Fundo de Formigueiro,
Formigueiro/RS**

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

Orientadora: Andressa Hoffmann Pinto

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

L864m López, Jorge Luis Bajuelo

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Fundo de Formigueiro, Formigueiro/RS. / Jorge Luis Bajuelo López; Andressa Hoffmann Pinto, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

88 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. Pinto, Andressa Hoffmann, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha família que sempre me apoiou no meu desejo de fazer a prática médica em diferentes culturas.

Agradecimentos

Quero deixar aqui meu agradecimento ao Supervisor Rogério Linhares da Silva que sempre me apoiou neste período tão importante de minha trajetória profissional; a Andressa Hoffmann Pinto, pela paciência e contribuição no desenvolver deste trabalho; a Secretária da Unidade Básica Sabrine Cordeiro Machado pela ajuda na área de digitação e a Psicóloga da Unidade Básica Patricia Peil pela ajuda prestada no decorrer deste período.

Resumo

LOPEZ, Jorge Luis Bajuelo. **Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Fundo de Formigueiro, Formigueiro/RS**. 88f. 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.

As doenças cardiovasculares e o diabetes mellitus estão entre as primeiras causas de morte no mundo, incluindo o Brasil. Torna-se, portanto, imperativo a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado destas doenças crônicas. O objetivo deste trabalho foi melhorar a atenção à saúde aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde Fundo de Formigueiro, localizada no município Formigueiro, Rio Grande do Sul. Para tal, uma intervenção foi realizada na unidade de saúde durante 12 semanas em 2015. Os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde foram adotados para guiar as ações desenvolvidas em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, gestão e organização do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Para o registro específico foram adotados uma ficha espelho individual e uma planilha eletrônica de coleta de dados para avaliação e monitoramento dos dados. Ao final dos três meses de intervenção, 167 hipertensos e 27 diabéticos foram assistidos, o que permitiu o alcance de um percentual de cobertura de 73,2% para usuários hipertensos e de 48,2% para usuários diabéticos. As principais ações desenvolvidas durante a intervenção foram: capacitação da equipe, reuniões periódicas com a equipe, mapeamento e cadastramento dos usuários, monitoramento e avaliação das ações semanalmente, atendimento clínico, busca ativa dos faltosos, visitas domiciliares e atividades coletivas de prevenção e promoção de saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde tiveram participação fundamental nas buscas ativas, e ajudaram a determinar os casos mais vulneráveis. A intervenção qualificou a assistência aos diabéticos e hipertensos da Unidade de Saúde Fundo de Formigueiro no município Formigueiro/Rio Grande do Sul.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde na UBS Fundo de Formigueiro. Formigueiro – RS. 2015.....	56
Figura 2	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde na UBS Fundo de Formigueiro, Formigueiro- RS. 2015.....	61
Figura 3	Gráfico de proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Fundo de Formigueiro, Formigueiro – RS.....	62
Figura 4	Gráfico de proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Fundo de Formigueiro, Formigueiro RS. 2015.....	62
Figura 5	Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Fundo de Formigueiro, Formigueiro - RS. 2015.....	63
Figura 6	Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Fundo de Formigueiro, Formigueiro-RS. 2015.....	64
Figura 7	Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos de farmácia popular/Hiperdia priorizada na UBS Fundo de Formigueiro, Formigueiro RS, 2015.....	64
Figura 8	Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada na UBS Fundo de Formigueiro, Formigueiro, RS 2015.....	65
Figura 10	Gráfico da proporção de hipertensos faltosos a consultas com busca ativa na UBS Fundo de Formigueiro, RS 2015.....	66
Figura 11	Gráfico da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Fundo de Formigueiro, RS 2015.....	67

Figura 12	Gráfico da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Fundo de Formigueiro, RS 2015.....	67
Figura 13	Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Fundo de Formigueiro, Formigueiro, RS 2015.....	68
Figura 14	Gráfico da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Fundo de Formigueiro, Formigueiro RS,2015.....	69
Figura 15	Gráfico da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Fundo de Formigueiro, RS 2015.....	69
Figura 16	Gráfico da proporção de diabéticos com orientação sobre alimentação saudável na UBS Fundo de Formigueiro, RS 2015.....	70
Figura 17	Gráfico da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Fundo de Formigueiro, RS 2015.....	71
Figura 18	Gráfico da proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Fundo de Formigueiro, RS 2015.....	71
Figura 19	Gráfico da proporção de hipertensos que receberem orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Fundo de Formigueiro, RS 2015.....	72
Figura 20	Gráfico da proporção de diabéticos que receberem orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Fundo de Formigueiro, RS 2015.....	73
Figura 21	Gráfico da proporção de hipertensos que receberem orientação sobre higiene bucal na UBS Fundo de Formigueiro, RS 2015.....	72
Figura 22	Gráfico da proporção de diabéticos que receberem orientação sobre higiene bucal na UBS Fundo de Formigueiro, RS 2015.....	74

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
EAD	Educação a Distância
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	18
2 Análise Estratégica.....	19
2.1 Justificativa	19
2.2 Objetivos e metas	21
2.2.1 Objetivos geral	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	21
2.3 Metodologias.....	23
2.3.1 Detalhamentos das ações.....	23
2.3.2 Indicadores.....	46
2.3.3 Logística.....	51
2.3.4 Cronograma	55
3 Relatórios da Intervenção.....	57
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	57
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	58
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	58
3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços.....	59
4 Avaliação da intervenção	60
4.1 Resultados	60
4.2 Discussão	75
5 Relatório da intervenção para gestores.....	78
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	80
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	81
Referências	83
Anexos	84

Apresentação

Este é um trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da família, na modalidade à distância proposta pela Universidade Federal de Pelotas(UFPEL), em parceria com a Universidade Aberta do SUS(UNASUS), no qual desenvolvemos uma intervenção na UBS Fundo de Formigueiro em Formigueiro/RS que foi realizada no período compreendido de maio a julho de 2015 para melhorar à atenção à saúde Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

O volume deste Trabalho de Conclusão de Curso está organizado em sete estruturas que contemplam as unidades que conformam o Projeto Pedagógico proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) para a Especialização em Saúde da Família modalidade à distância.

A proposta pedagógica inicia-se com a descrição da Análise Situacional da situação da Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação às características da população, o engajamento público, a estrutura da UBS e os processos de trabalho na UBS.

A seguir apresenta-se a Análise Estratégica com o Projeto de Intervenção que permitiu que um foco de atenção prioritária para o Ministério da Saúde fosse elencado e servisse de base para as ações futuras na unidade de saúde.

Com base nas ações realizadas ao longo das doze semanas da intervenção será descrito o Relatório da Intervenção que teve como base as planilhas de coleta de dados e diários de intervenção.

A partir do Relatório da Intervenção será descrito o Relatório dos Resultados da Intervenção que avaliará se a intervenção atingiu seus objetivos em relação: às metas propostas, a adequação das ações, registros e instrumento de coleta de dados, assim como o efeito da intervenção na unidade de saúde, equipe e

população. Em seguida são apresentados os relatórios da intervenção para os gestores e comunidade.

Por último será descrita a Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem e na implementação da intervenção abordando o desenvolvimento do trabalho no curso em relação às expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

As minhas atividades médicas são desenvolvidas no município de Formigueiro no estado do Rio Grande do Sul, município esse que possui uma população de mais de 7.000 habitantes, conta com um Hospital Municipal, um UBS de Saúde Central e dois UBS de Saúde na Comunidade do Fundo do Formigueiro e do Cerro do Loro.

Eu trabalho na Equipe de Saúde da Família que atende a Comunidade do Fundo do Formigueiro, unidade essa integrada por 05 Agentes de Saúde comunitária, 01 Técnica de Enfermagem, 01 Enfermeiro, além do médico Clínico Geral - nós trabalhamos em equipe.

Primeiramente fazemos a avaliação da população que deverá ser atendida, realizando o cadastro deles de acordo com a Organização Mundial de Saúde, organizando-os em quatro grandes grupos, para preparar o atendimento básico primário a ser realizado.

Realizo também as minhas atividades no UBS Central de Formigueiro, o qual possui: um pediatra, um ginecologista (que atendem duas vezes por semana), dois clínicos gerais, uma psicóloga e um psiquiatra. Esses especialistas trabalham com consultas previamente agendadas. Já os clínicos gerais trabalham em atendimento a consultas aos usuários que comparecem ao UBS de Saúde, além do trabalho de visitas domiciliares.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A ESF onde trabalho localiza-se na Comunidade do Fundo de Formigueiro, zona rural situada no município Formigueiro no estado Rio Grande do Sul, município segundo o censo do IBGE de 2010 tem uma população de 7.014 pessoas e a estimativa para 2015 é de 7.096 habitantes. O município possui ainda outras duas ESF, a ESF da Localidade do Cerro do Louro e a ESF Central. Na unidade em que atuo existe uma estimativa de 1.500 pessoas. Fala-se em devido ao recadastramento que ainda não havia sido finalizado.

A minha ESF está em funcionamento há 20 anos, tem área geográfica de abrangência definida, porém ainda não se tem o mapa da área de abrangência. Neste momento se está trabalhando na atualização do cadastro da população. A equipe de saúde da família está incompleta, formada por cinco agentes comunitários de saúde, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem e um médico clínico geral, e não contamos com dentista e NASF. Estruturalmente faltam alguns ambientes como sala de esterilização, sala de recepção e sala de reuniões para agentes comunitários de saúde. Embora existam tais dificuldades, o desenvolvimento do trabalho da equipe de ESF funciona de uma forma adequada e contamos com serviço de farmácia, recepção, lavagem e descontaminação de material, sala de curativos, um consultório médico com os requerimentos para prestar um bom atendimento, um consultório dental com todos os instrumentais necessários, um banheiro para os funcionários, mais outro banheiro para as pessoas que procuram atendimento o qual não está adequado para pessoas com limitações físicas e ou usuários de cadeiras de rodas, a construção além de antiga está estruturada sem barreiras arquitetônicas. Conseguimos realizar reuniões semanais com os ACS, as sextas-feiras a tarde. Neste momento analisamos e discutimos os problemas encontrados pela equipe e definimos as estratégias para as tomadas de soluções destes, as quais já são colocadas em práticas a partir da semana seguinte.

Encontra-se alocada no centro da comunidade e na área adstrita à UBS tem nove micros áreas e estas ficam bem distantes da UBS, além da dificuldade com o transporte, não possui sistema informatizado, não são realizados trabalhos com o agendamento das consultas por patologias, não possui a climatização e não têm

serviço telefônico para garantir a o atendimento rápido caso necessário e possui pouca cobertura telefônica para qualquer operadora.

A ESF onde eu trabalho localiza-se longe da cidade, mas possui todos os materiais necessários para fazer curativos, suturas e atender aos usuários que precisem de curativos, além de ter tudo isso, existem muitas carências como de materiais didáticos como livros que auxiliem no desenvolvimento do trabalho, os insumos e medicamentos são insuficientes e acredito que não se realizam Projeto de Intervenção sobre mortalidade para conhecer a prevalência das principais doenças e a data de sua incidência. Tudo isso resulta numa insuficiência do serviço oferecido aos usuários, os exames de média e alta complexidade levam até mais de dois meses para serem realizados, e depois demoram-se para a entrega dos resultados. Os exames de rotina realizam-se na cidade onde acontecem longas esperas além das grandes filas nos primeiros dias de cada mês, que é a data onde são disponibilizados os recursos da secretaria para pagar a maioria dos exames feitos nos Laboratórios do município, esse processo dificulta um pouco o trabalho.

“A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de Ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde”. (BRASIL, 2011). Considero que pelas necessidades objetivas e subjetivas encontradas na aplicação e avaliação de todos os questionários anteriores, não se consegue oferecer uma atenção integral, devido a falta de determinados profissionais na equipe de atenção básica. O Programa não utiliza um planejamento descentralizado, por depender em muitas ocasiões da indisponibilidade do transporte para realizar o trabalho e poder acessar aos lugares do planejamento das visitas domiciliares.

Podemos constatar também que os usuários não participam diretamente na prevenção e controle para enfrentamento das determinantes e condicionantes da saúde, na formação dos grupos de adolescentes, gestantes, idosos, na saúde na escola, no trabalho etc.

O mais importante numa reflexão crítica é que a ESF onde eu trabalho não garante a atenção integral e não trabalha todos os dias da semana, apenas dois dias, não há agendamento prévio de consultas clínicas, o acompanhamento dos usuários não é regular, não recebemos as contra referências dos clínicos especialistas, a estrutura e os equipamentos são insuficientes para um atendimento

completo e eficaz. Visto que os exames de urgência não podem ser realizados no local e no momento da consulta, todos esses fatores identificados anteriormente afetam diretamente a qualidade do trabalho e não cumprem na totalidade as expectativas dos usuários.

Podemos elencar como Prioridades e Possibilidades de enfrentamento as dificuldades e limitações observadas:

- 1- Formação de uma equipe de atenção a saúde básica completa (com a participação de todos os profissionais necessários);
- 2- Informatização da ESF;
- 3- Melhoraria no sistema de comunicação telefônica;
- 4- Garantir que a ESF atenda as comunidades de segunda a sexta-feira;
- 5- Reorganizar e planejar as necessidades da ESF, com o objetivo de introduzir exames complementares que podem ser realizados nas UBS, e que poderiam oferecer uma melhor qualidade na atenção e o serviço.

Satisfeitas essas condições poderíamos então falar de governabilidade, e de atenção ao usuário como ente biopsicossocial.

Na ESF em que eu trabalho o que mais se atende e trata-se são os usuários que solicitam atendimento prioritário que é o mesmo que a atenção a demanda espontânea já que não existe planejamento, monitoramento prévio e agendamento de consultas. O trabalho baseia-se no atendimento as demandas apresentadas pelos usuários, agora depois de começadas as visitas domiciliares é que inicie o conhecimento do número de mulheres em idade fértil, número de mulheres grávidas e número de crianças menores de um ano de idade. As crianças e as grávidas são atendidas pelos especialistas da atenção secundária, nada mais conheço delas quando apresentam sintomas que as leva até o UBS de saúde na ESF, além das visitas aos domicílios.

Acreditamos que responder as demandas dos problemas de saúde que se apresentam de forma espontânea é muito importante, já que a maioria delas são de caráter agudo e de começo brusco pelo que os usuários buscam ajuda, entretanto essa não é a função das ESF, elas foram criadas para a atenção primaria de saúde, sua importância vital é a promoção e prevenção em saúde, mesmo que exista um correto planejamento e cadastramento dos usuários da área de abrangência pode-se fazer um correto agendamento de consultas para as doenças crônicas não transmissíveis, as consultas de puericultura, pré-natal, então a equipe sempre ficaria

pronta para o atendimento dos problemas de saúde que apareçam. As ESF foram criadas para trabalho em equipe, mas não possuímos dentista, técnico dental, o médico só trabalha duas vezes na semana, como se pode alcançar os objetivos para a UBS? A meu entender os ESF foram criadas para garantir a saúde da população e diminuir as longas filas na atenção secundária.

Na ESF não se realiza a puericultura, o atendimento aos menores de 6 anos de idade, historicamente é realizado na UBS Central da cidade pelo pediatra da área. O preenchimento do questionário foi realizado a partir dos registros que foram realizados a medida as crianças são visitadas em suas casas pela equipe. O cadastramento é realizado na medida das necessidades de vacinas e os registros delas ficam bem atualizados. É um embate que temos com as mães para que acreditem no trabalho da equipe de saúde. Às vezes é muito complicado porque a demanda da pediatra é muito longa e as filas de agendamento às vezes são de até dois meses e elas tem a função de auxiliar na melhoria do trabalho, se trabalha muito com os agentes de saúde para garantir todo o processo posterior, já com as visitas domiciliares temos ganhado muitos usuários que não eram conhecidos pelos enfermeiros e médicos anteriores, é um trabalho a médio e longo prazo para que possamos obter êxito.

Não temos o registro das mulheres grávidas, tendo em vista que não trabalhamos diretamente na atenção ao Pré-natal e ao Puerpério.

O nosso trabalho consiste, até o momento, em atender as demandas espontâneas dos usuários. Quando atendemos uma mulher com suspeita de gravidez, realizamos um interrogatório bem detalhado, em seguida pedimos que a mesma realize um teste de gravidez e após solicitamos todos os exames de captação.

Num segundo momento elas procuram um ginecologista para a avaliação específica, no período que compreende das 12 as 16 semanas. Sendo assim, continuam o atendimento ao pré-natal com o ginecologista na UBS central até o fim da gravidez e não retornam ao atendimento da ESF.

Portanto, só conhecemos as grávidas, se as mesmas estão em casa quando realizamos as visitas domiciliares, a situação repete-se no Puerpério.

A localidade da minha ESF é no interior do município e é muito difícil conhecer completamente.

Atualmente, estamos realizando um cadastro com todas as mulheres em idade fértil para conhecermos e identificarmos o risco pré-concepcional, dentro delas estão as usuárias portadoras de doenças crônicas não transmissíveis, idosas sexualmente ativas, e portadoras de doenças transmissíveis e solicitarmos ao ginecologista a contra referência para melhor trabalho e acompanhamento das mesmas.

Na minha UBS é utilizado o rastreamento do Câncer de Colo de Uterino por meio do exame cito patológico, de forma sistematizada (direcionado formalmente as mulheres que são convidadas para realizarem exames periódicos). Ao investigar os procedimentos realizados na minha UBS constatei que se trabalha com qualquer grupo de idade, sendo que no programa a indicação da realização desse exame refere-se as mulheres com idade entre 25 e 64 anos, mas aqui realiza-se em mulheres com idade inferior a 25 anos, sem risco nenhum aparente, e também nas com idade superior a 64 anos. Mesmo após dois exames com resultados negativos, essas mulheres continuam dentro do programa de prevenção, realizando exames periódicos. Esse fator, no meu entendimento, não dificulta nem atrapalha em nada o andamento do processo, uma vez que a quantidade de mulheres atendida não é suficientemente grande para produzir atrasos no programa.

Com relação ao Câncer de Mama, a equipe trabalha na implementação de palestras que abordem sobre os principais fatores de risco, a recomendação de que a própria mulher faça o exame das mamas como parte das ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do próprio corpo, já que ele em si não substitui o exame físico realizado por profissional de saúde (médico ou enfermeiro) qualificado para essa atividade.

As mulheres cujos resultados dos exames estão alterados têm acompanhamento pelo ginecologista e tomamos a iniciativa de acompanhá-las através de visitas domiciliares para conhecer o resultado dos tratamentos recomendados.

No município onde eu trabalho há três UBS, uma central e dois no interior do município, eu trabalho na mais longe do centro da cidade, leva funcionando há muitos anos, e nunca havia médico fixo, só médicos que realizavam o trabalho do dia (atendimento a demanda espontânea) e pronto, não existe cadastro de doença alguma, não se faz planejamento do trabalho, os usuários são muito desistentes das consultas, já que o trabalho que executam de funcionários e agricultores não deixam

muito tempo livre, os protocolos além de não existirem no UBS central, muito menos existem nos UBSs do interior, é por isso a dificuldade maior de cadastro dos usuários, também é muito complicado realizar atividades com grupos de usuários doentes ou com grupos para a realização de atividades físicas.

A primeira dificuldade é que os usuários não querem deixar de ser atendidos pelos mesmos médicos de sempre, quando não respondem aos tratamentos aplicados faz-se necessário eliminar algum medicamento anterior, os mesmos não acreditam quando o médico não é o mesmo que receitou o tratamento, é um problema de difícil solução, todo o trabalho de atenção primária depende da prevenção e das mudanças nos estilos de vida das pessoas com o objetivo de não ficarem doentes.

As pessoas idosas que vivem na nossa USF, não foram cadastradas não existem registros e muito menos acompanhamento deles, a maioria são portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Só tomamos conhecimento deles através dos que nos procuram por demanda espontânea, e nas visitas domiciliares que realizamos.

Tenho uma experiência de trato com pessoas idosas em outros lugares, onde realizei meu trabalho. Nesses lugares realizam ginástica com as pessoas com mais de 60 anos e muitas outras atividades com os grupos HAS e DM, com o objetivo de prolongar e melhorar a qualidade de vida. Tenho certeza que para o próximo ano de trabalho e com aprendizagens dessa especialização poderei realizar um trabalho melhor.

Na comunidade contamos com uma estimativa de 1.500 pessoas, sendo que muitos usuários possuem doenças crônicas não transmissíveis dentro delas a maior quantidade são de hipertensão e diabetes, que segundo estimativas o número de usuários é de 228 no caso dos hipertensos e o número estimado de diabéticos é de 56 usuários. O grande volume de usuários nos fez decidir a planejar um Projeto de Intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade na atenção dos usuários com essas doenças tão prejudiciais na saúde e que desenvolvem condições nefastas para a saúde quando não são atendidas e acompanhadas corretamente.

O maior desafio é fazer com que os usuários reconheçam que o trabalho da equipe ESF é prevenir doenças, incentivar os hábitos de vida saudável, e a prática diária de exercícios, como única via de prolongar a vida com qualidade.

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

O município Formigueiro conta com três UBS uma no centro da cidade e duas deslocadas no interior, na UBS central encontrasse trabalhando um clinico geral que forma parte do programa mais médicos, o qual desenvolveu seu projeto de intervenção na avaliação da cobertura de hipertensos e diabéticos o que aportara um maior índice de cobertura aos usuários hipertensos e diabéticos.

A minha ESF quando começou o curso só era atendida por médicos gerais, os quais iam só a fazer atendimento da demanda espontânea. Não contava com agendamento de consultas, o cadastro dos usuários era insuficiente, não existia registro dos dados individuais dos usuários, e muito importante não tinham trabalho em equipe, na minha percepção foi de que só se trabalhava para cumprir carga horária.

Após a análise situacional e das reuniões da equipe onde se enfatizou no trabalho em equipe, onde todos concordaram da importância de cada um dos integrantes da equipe como peça fundamental para garantir altos graus nos indicadores de saúde da população foi que todos perceberam a importância da função de cada membro.

A partir destas considerações foi recomeçado o cadastro da população, iniciou-se o agendamento das consultas, a programação das atividades diárias, e a pesquisa ativa para as doenças crônicas não transmissíveis, levando tudo isto a um melhor desenvolvimento do trabalho, como foi avaliação do risco cardiovascular para hipertensos e/ou diabéticos, realização de exames complementares em dia e o registro adequado nas fichas de atendimento, programação de atividades educativas sobre a pratica de novos estilos de vida para uma melhor condição de saúde, em fim realizar um trabalho consciente e de qualidade para garantir uma melhoria nos indicadores de saúde.

2Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Para uma melhor intervenção no contexto deste trabalho em um primeiro momento houve a capacitação da equipe, para que todos juntos pudessem estar o mais preparado possível para o atendimento da população público alvo. Concluindo isto, passou-se a cadastrar os usuários e por meio das consultas fez-se os exames clínicos e os pedidos de exames laboratoriais pertinentes a diabetes mellitus e hipertensão arterial. Estes atos vêm ao encontro de uma melhora no atendimento e conseqüentemente na qualidade de vida dos usuários acometidos por estas doenças. A diabetes mellitus e a hipertensão arterial ocupam a primeira posição nas causas de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde e representam ainda mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetida a diálise (SCHIMIDT, et al, 2009; SCHIMIDT et al, 2011).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) está inserida no grupo de doenças crônicas não transmissíveis e sendo importante também, pelo fato de precariedade da assistência a população hipertensa no país, apesar de ser de identificação relativamente simples e pela eficácia de seu tratamento, e não é mais que a elevação das cifras de pressão arterial por acima das cifras consideradas para a faixa etária (MANCIA, 2009).

A diabetes mellitus é um conjunto de doenças metabólicas que provocam hiperglicemia por deficiência de insulina, é dividida em dos grandes tipos, a tipo 1 que é na que o usuário depende totalmente do uso da insulina para manter o controle glicêmico e evitar complicações, e a tipo 2, em que o usuário pode usar os hipoglicemiantes orais e têm menos complicações (ADA, 2012).

Eu trabalho na ESF do interior do município, na localidade denominada Fundo do Formigueiro, no estado do Rio Grande do Sul. Essa unidade está em funcionamento há 20 anos, possui uma área geográfica de abrangência definida, porém ainda não temos o mapa dessa área. No momento estamos trabalhando na atualização do cadastro da população. Nossa equipe não está completa e não possuímos NASF; no momento temos um médico clínico geral, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. Como visto, não contamos com dentistas. Quanto à estrutura faltam alguns ambientes na unidade, como: sala de esterilização, sala de recepção, sala de reuniões para os agentes comunitários de saúde. Em contrapartida, temos um consultório médico, um consultório odontológico (sem uso no momento), um consultório de enfermagem, uma sala de curativo, uma farmácia, um banheiro para os funcionários e outro para os usuários, uma sala de expurga, uma sala de acolhimento e uma de recepção. Apesar dessa situação não ocorre uma dificuldade para o bom desenvolvimento e trabalho da ESF. As reuniões com os agentes comunitários de saúde se realizam uma vez na semana, na sexta-feira à tarde às 16 horas, onde se analisam e discutem todos os problemas de saúde, para que sejam definidas as estratégias para solucionar os problemas. A população atendida é de aproximadamente de 1500 (mil e quinhentas pessoas). Destes foram cadastrados 167 (cento e sessenta e sete) usuários hipertensos e 27 (vinte e sete) diabéticos. Vale salientar que todos os usuários cadastrados estão aderidos ao tratamento. Diante deste trabalho houve uma liberação maior do número de exames hiperdia, maior agilidade nas inter-consultas nos usuários com alto índice de risco cardiovascular. Dentro do programa os usuários sentiram-se bastante agradecidos, fortalecendo o vínculo médico-equipe-usuário.

A unidade está localizada no centro da comunidade, porém novas micro áreas de expansão surgiram e ficam muito longe da UBS. Sem falar da dificuldade com o transporte, não possuímos sistema informatizado, e não trabalhamos com agendamento das consultas por patologia. Falta climatização e não tem serviço telefônico o que impede solicitar o serviço de emergência se necessário. Apesar de tudo isso descrito, concordamos em garantir um ótimo atendimento. Baseado nos dados e pela quantidade de usuários que buscam ao UBS de saúde por problemas de diabetes mellitus e hipertensão arterial, é que

eu fiz minha escolha, já que não pode ser que tão simples diagnóstico e com os tratamentos tão efetivos e padronizados pelo SUS, os usuários não melhorem. Por todo o expressado anteriormente, pela precariedade de atenção aos problemas de saúde, pela necessidade de estratificação de risco cardiovascular, agendamento de consultas para o acompanhamento, realização e implementação dos programas de prevenção e promoção em saúde é que nos propomos realizar esta intervenção para melhorar a qualidade de assistência dos usuários hipertensos e diabéticos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivos geral

Melhorar a Atenção à Saúde de usuários com HAS e/ou Diabetes maiores de 20 anos, na ESF Fundo de Formigueiro, Formigueiro/RS

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos

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

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

Objetivo 2 – melhorar a qualidade da atenção:

Meta 2.1 – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 2.2 - Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Meta 2.3 – Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados no programa a realização de exames complementares em dia de acordo com protocolo.

Meta 2.4 - Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados no programa a realização de exames complementares em dia de acordo com protocolo.

Meta 2.5 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 2.6 - Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 2.7 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 2.8 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Objetivo 3 – melhorar a adesão ao programa:

Meta 3.1 – Buscar 100% dos hipertensos cadastrados no programa faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 - Buscar 100% dos diabéticos cadastrados no programa faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4 – melhorar o registro das informações:

Meta 4.1 – Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 4.2 - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Objetivo 5 – mapear hipertensos e diabéticos de risco:

Meta 5.1 – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 5.2 - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Objetivo 6 – promover a saúde dos hipertensos e diabéticos:

Meta 6.1 – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 6.2 - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Meta 6.3 – Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 6.4 - Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Meta 6.5 – Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo à 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 6.6 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo à 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Meta 6.7 – Garantir orientação sobre higiene bucal à 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 6.8 - Garantir orientação sobre higiene bucal à 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

2.3 Metodologias

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Fundo de Formigueiro, no Município de Formigueiro/RS. Participarão da intervenção hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da UBS maiores de 20 anos de idade.

2.3.1 Detalhamentos das ações

Objetivo1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta: Cadastrar 60% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação: Os monitoramentos de cadastro serão feitos pelo médico e enfermeira através da revisão dos registros semanalmente

Eixo: Organização e Avaliação do Serviço

Ação: registro de usuário hipertensos

Detalhamento: O registro dos hipertensos será realizado pelo médico na ficha espelho sempre que estes realizarem consultas. Melhorar o acolhimento para

os usuários portadores de HAS. O acolhimento será realizado pela enfermeira diariamente a todo hipertenso que chegar à unidade. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica). O médico solicitará para a gestão que os materiais estejam em quantidade suficiente e que sejam aferidos dentro do prazo estipulado pelo fabricante.

Eixo: Engajamento público

Ação: Publicidade do Programa para a população

Detalhamento: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Isso será feito por a equipe de saúde com UBS por o médico enfermeira e agentes comunitários de saúde nas atividades educativas que são feitas, como palestra, reunião de grupos mensal, acolhimento aos usuários na consultadiárias e visita domiciliar que são realizadas semanalmente pelo médico e enfermeira e diária pelos agentes comunitários de saúde.

Eixo: qualificação da prática clínica

Ação: capacitação da equipe

Detalhamento: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. O médico e a enfermeira farão a capacitação ao técnico de enfermagem e ACS nas reuniões de equipe que se realizam uma vez na semana onde se orientaram as principais informações de devem obterem sobre os usuários hipertensos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação: O monitoramento será feito pelo médico e a enfermeira.

Detalhamento: por meio de consultas médicas e de enfermagem será verificada a questão oral do usuário e se necessário este será encaminhado ao dentista da UBS - Centro

Eixo: Organização e gestão do serviço

Ação: registro e acolhimento

Detalhamento: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa. O registro dos hipertensos será realizado pelo médico nas fichas espelhos sempre que estes realizarem consultas. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de DM. O acolhimento será realizado pela enfermeira diariamente a todo hipertenso que chegar à unidade. Garantir material adequado para hemoglicoteste na unidade de saúde. O médico solicitará a gestão que os materiais estejam em quantidade adequada e que sejam aferidos dentro do prazo estipulado pelo fabricante.

Eixo: Engajamento público

Ação: Publicidade do programa para os usuários

Detalhamento: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Diabetes Melitus da unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Isso será feito pela equipe de saúde comUBS pelo médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde nas atividades educativas que são feitas nas reuniões de grupos mensalmente, acolhimento aos usuários que forem a consulta diariamente e visita domiciliar semanal pelo médico e enfermeira e diária pelos agentes comunitários de saúde.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Ação: capacitação dos ACS

Detalhamento: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

O médico e a enfermeira farão a capacitação ao técnico de enfermagem e ACS nas reuniões de equipe que se realizam uma vez na semana onde se orientaram as principais informações sobre os usuários hipertensos e diabéticos.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos cadastrada na unidade de saúde.

META 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Eixo: Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

Detalhamento: O médico através da revisão dos prontuários mensalmente e nas consultas serão o responsável do controle da realização em consulta do exame clínico adequado a os hipertensos

Eixo: Organização e gestão dos serviços

Ações: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertenso. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico irá estabelecer as atribuições de cada membro da equipe durante a triagem e consulta dos usuários, além de organizar a capacitação da equipe nas reuniões da equipe. Será solicitada a secretaria de saúde para disponibilizar a versão impressa do protocolo de atendimentos a usuários hipertensos na unidade de saúde.

Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento: A equipe de saúde (médico, enfermeira, técnico em enfermagem e os ACS) através das reuniões de grupos, visita domiciliar, consultas e acolhimentos dos usuários na unidade de saúde são os responsáveis de orientar aos usuários e comunidade sobre fatores de risco cardiovascular.

Eixo: Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico é o responsável de capacitar a equipe sobre fatores de risco cardiovasculares exame clínico apropriado semanalmente nas reuniões da equipe.

META 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Eixo: Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

Detalhamento: O médico através da revisão dos prontuários mensalmente e na consulta será o responsável do controle da realização em consulta do exame clínico adequado a todos diabéticos na consulta.

Eixo: Organização e gestão dos serviços

Ações: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabético. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico irá estabelecer as atribuições de cada membro da equipe durante a triagem e consulta dos usuários, além de organizar a capacitação da equipe nas reuniões da equipe. Será solicitada a secretaria de saúde para disponibilizar a versão impressa do protocolo de atendimentos a usuários diabéticos na unidade de saúde.

Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento: A equipe de saúde (médico, enfermeira, técnico em enfermagem e os ACS) através das reuniões de grupos, visita domiciliar, consultas e acolhimentos dos usuários na unidade de saúde são os responsáveis de orientar aos usuários e comunidade sobre fatores de risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Eixo: Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico é o responsável de capacitar à equipe sobre fatores de risco cardiovasculares e exame clinica apropriado nas Reuniões de equipe semanais.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico e enfermeira serão os responsáveis do monitoramento através da revisão dos prontuários e cartão de Hiperdia com uma periodicidade mensalmente

Eixo: Organização e gestão dos serviços

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: O médico fará a solicitude dos exames complementar e junto com a enfermeira estabeleceram o registro para verificar a realização dos mesmos com a revisão dos prontuários. A secretaria de saúde tem garantido três exames por usuário mensalmente, os demais exames têm que ser feitos pelo usuário em laboratório privado.

Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento: A equipe fará a orientação aos usuários e comunidade na reunião de grupo e palestra realizada pela equipe além do médico e da enfermeira realizar individualmente na consultas e visitas domiciliares.

Eixo: Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico é o responsável e será feito na reunião da equipe que se realiza semanalmente.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

Ações: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: O médico e enfermeira serão os responsáveis através da revisão dos prontuários e cartão de Hipertensão com uma periodicidade mensal.

Eixo: Organização e gestão dos serviços

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: O médico fará a solicitação dos exames complementar e junto com a enfermeira estabeleceram o registro para verificar a realização dos mesmos com a revisão dos prontuários. Mensalmente. A secretaria garante três exames por usuário os outros exames devem ser feitos pelo usuário no laboratório privado.

Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento: A equipe fará a orientação aos usuários e comunidade na reunião de grupo e palestra realizada pela equipe além de o médico e enfermeira fará na consulta e visita domiciliar.

Eixo: Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico é o responsável e será feito na reunião da equipe que se realiza semanalmente.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

Ações: Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular de todos os hipertensos cadastrado no programa

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão uma revisão nas farmácias populares, prontuários e na consulta para controle dos usuários que retiram medicamentos nas farmácias populares mensalmente.

Eixo: Organização e gestão dos serviços

Ações: Realizar controle de estoque de medicamentos e manter um registro na unidade de saúde das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrado.

Detalhamento: O farmacêutico será o responsável de conferir o estoque de medicamentos e sua validade semanalmente.

O médico e enfermeira serão os responsáveis de manter num registro as necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados.

Eixo: Engajamento público

Ações: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da farmácia popular e possíveis alternativa para obter este acesso.

Detalhamento: Será feito pelo médico e enfermeira nas consultas e na visita domiciliar que se realiza uma vez por semana e diária pelos agentes comunitários de saúde. Além de realizar estas orientações na reunião de grupos mensais e palestras que forem realizadas.

. Eixo: Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular/Hiperdia.

Detalhamento: O médico será o responsável e será feito na reunião da equipe que se realiza semanalmente.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

Ações: Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular de todos os diabéticos cadastrado no programa

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão uma revisão nas farmácias populares, prontuários e na consulta para controle dos usuários que retiram medicamentos nas farmácias populares mensalmente.

Eixo: Organização e gestão dos serviços

Ações: Realizar controle de estoque de medicamentos e manter um registro na unidade de saúde das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrado.

Detalhamento: O farmacêutico será o responsável de conferir o estoque de medicamentos e sua validade semanalmente.

O médico e enfermeira serão os responsáveis de manter num registro as necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados

Eixo: Engajamento público

Ações: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da farmácia popular e possíveis alternativa para obter este acesso.

Detalhamento: Será feito pelo médico e enfermeira nas consultas e na visita domiciliar que se realiza uma vez por semana e diária pelos agentes comunitários de saúde. Além de realizar estas orientações na reunião de grupos mensais e palestras que forem realizadas

Eixo: Qualificação da prática clínica

Ações: capacitar a equipe para orientar os usuários sobre alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular/Hiperdia.

Detalhamento: O médico será responsável e será feito na reunião da equipe que se realiza semanalmente.

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

METAS

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão o monitoramento através da revisão dos prontuários mensalmente.

Eixo: Organização e gestão dos serviços

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: O médico e a enfermeira darão a conhecer aos ACS semanalmente os faltosos a consulta para a busca ativa na visita domiciliar diária.
Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A equipe toda traça estratégias como recuperar os faltosos a consulta

Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento: A equipe de saúde (médico, enfermeira, técnico em enfermagem e ACS) levarão estas informações nas reuniões de grupos e palestras mensais, e nas visitas domiciliares e consultas

Eixo: Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico e enfermeira farão a capacitação na reunião da equipe semanalmente.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão o monitoramento através da revisão dos prontuários mensalmente.

Eixo: Organização e gestão dos serviços

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: O médico e a enfermeira darão a conhecer aos ACS semanalmente os faltosos a consulta para a busca ativa na visita domiciliar diária.
Ação: Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A equipe toda traça estratégias como recuperar os faltosos a consulta

Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento: A equipe de saúde (médico, enfermeira, técnico em enfermagem e ACS) levarão estas informações nas reuniões de grupos e palestras mensais, e nas visitas domiciliares e consultas

Eixo: Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico e enfermeira farão a capacitação na reunião da equipe semanalmente.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

METAS

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico e enfermeira farão o monitoramento através de revisão dos registros mensalmente.

Eixo: Organização e gestão dos serviços

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: A enfermeira é a responsável de manter atualizada a informação do SIAB semanalmente.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: A ficha de acompanhamento será implantada ao momento de iniciar a intervenção pelo médico.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: O médico fará uma capacitação das informações que serão recolhidas na ficha espelho, na última reunião da equipe do mês de janeiro.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: A enfermeira é responsável pelo monitoramento dos registros.

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

Detalhamento: Se fará um registro para ter identificado os usuários faltoso a consultas, com exame complementar em atraso e com falta da realização de estratificação de risco de doenças cardiovascular, monitorado semanalmente pelo médico e enfermeira.

Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento: A equipe de saúde (médico, enfermeira, técnico em enfermagem e ACS) na visita domiciliar semanal e consulta pelo médico e enfermeira, e diária pelo ACS.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: O médico e enfermeira farão a capacitação na reunião da equipe semanalmente.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico e enfermeira farão o monitoramento através de revisão dos registros mensalmente.

Eixo: Organização e gestão dos serviços

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: A enfermeira é a responsável de manter atualizada a informação do SIAB semanalmente.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: A ficha de acompanhamento será implantada ao momento de iniciar a intervenção pelo médico.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: O médico fará uma capacitação das informações que serão recolhidas na ficha espelho, na última reunião da equipe do mês de janeiro.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: A enfermeira é responsável pelo monitoramento dos registros.

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

Detalhamento: Se fará um registro para ter identificado os usuários faltoso a consultas, com exame complementar em atraso e com falta da realização de estratificação de risco de doenças cardiovascular, monitorado semanalmente pelo médico e enfermeira.

Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento: A equipe de saúde (médico, enfermeira, técnico em enfermagem e ACS) na visita domiciliar semanal e consulta pelo médico e enfermeira, e diária pelo ACS.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: O médico e enfermeira farão a capacitação na reunião da equipe semanalmente.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular cadastrado na unidade de saúde.

METAS

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico é o responsável nas consultas e pela revisão dos prontuários para verificar o registro de realização de estratificação de risco dos usuários hipertensos.

Eixo: Organização e gestão dos serviços

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

Detalhamento: o médico realizara um registro dos usuários estratificado como alto risco de doenças cardiovascular, para que sejam priorizados na triagem pela enfermeira para o atendimento de consulta.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: O médico agendara um dia na semana para atendimento dos usuários estratificado como alto risco de doenças cardiovascular para seu atendimento em consulta.

Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento: A equipe de saúde orientará os usuários nas visitas domiciliares, palestras, reuniões de grupos e nas consultas.

Eixo: Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico será o responsável pela capacitação na reunião da equipe semanal.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico é o responsável nas consultas e pela revisão dos prontuários para verificar o registro de realização de estratificação de risco dos usuários diabéticos.

Eixo: Organização e gestão dos serviços

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

Detalhamento: o médico realizara um registro dos usuários estratificado como alto risco de doenças cardiovascular, para que sejam priorizados na triagem pela enfermeira para o atendimento de consulta.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: O médico agendará um dia na semana para atendimento dos usuários estratificado como alto risco de doenças cardiovascular para seu atendimento em consulta.

Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento: A equipe de saúde orientará os usuários nas visitas domiciliares, palestras, reuniões de grupos e nas consultas.

Eixo: Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico será o responsável pela capacitação na reunião da equipe semanal.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

METAS

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo: Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: O médico realizará monitoramento na consulta e visita domiciliar e revisão do registro sobre orientação nutricional aos usuários hipertensos.

Eixo: Organização e gestão dos serviços

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: A prática coletiva sobre alimentação saudável será realizada pela equipe na reunião de grupo mensal.

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

Detalhamento: Solicitar ao gestor municipal a realização de parceria com outras instituições da comunidade.

Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento: As orientações serão repassadas pela equipe de saúde nas visitas domiciliares e consultas.

Eixo: Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico e enfermeira na reunião da equipe irão capacitar a equipe sobre práticas de alimentação saudável.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo: Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento: O médico realizará monitoramento na consulta y visita domiciliar e revisão do registro sobre orientação nutricional aos usuários diabéticos.

Eixo: Organização e gestão dos serviços

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento:

As práticas coletivas sobre alimentação saudável será realizada pela equipe na reunião de grupo mensal.

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

Detalhamento: Solicitar ao gestor municipal a realização de parceria com outras instituições da comunidade.

Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento: As orientações serão repassadas pela equipe de saúde nas visitas domiciliares e consultas.

Eixo: Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico e enfermeira na reunião da equipe irão capacitar a equipe sobre práticas de alimentação saudável.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

Ações: Monitorar a realização de orientação para atividades físicas regulares aos hipertensos.

Detalhamento: O médico e enfermeira são os responsáveis por monitorar nas consultas e visitas domiciliares se os usuários estão sendo orientados para a realização de atividade física regular.

Eixo: Organização e gestão dos serviços

Ações: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: O médico é o responsável de organizar prática coletiva de atividade física na reunião de grupo com ajuda do preparador físico.

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

Detalhamento: Solicitar ao gestor municipal para envolver um preparador físico nesta atividade.

Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento: A equipe toda está envolvida nesta tarefa, médico e enfermeira orientam nas consultas e visitas domiciliares semanais, ACS na visita domiciliar diária e toda a equipe na reunião de grupo mensal.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitar a equipe sobre metodologia de educação em saúde.

Detalhamento: O médico e enfermeira são os responsáveis da capacitação da equipe sobre a promoção da prática física regular e metodologia de educação em saúde.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

Ações: Monitorar a realização de orientação para atividades físicas regulares aos diabéticos.

Detalhamento: O médico e enfermeira são os responsáveis por verificar nos registros se os usuários estão sendo orientados para a realização de atividade física regular.

Eixo: Organização e gestão dos serviços

Ações: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: O médico é o responsável de organizar a prática coletiva de atividade física na reunião de grupo com ajuda do preparador físico.

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

Detalhamento: Solicitar ao gestor municipal para envolver um preparador físico nesta atividade.

. Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento: A equipe toda está envolvida nesta tarefa, médico e enfermeira orientam na consulta visita domiciliar semanal, ACS na visita domiciliar diária e toda a equipe na reunião de grupo mensal.

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitar a equipe sobre metodologia de educação em saúde.

Detalhamento: O médico e enfermeira são os responsáveis da capacitação da equipe sobre a promoção da prática física regular e metodologia de educação em saúde.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira são os responsáveis pelo monitoramento dos usuários hipertenso sobre orientação de risco de tabagismo nas consultas e visita domiciliar, através dos registros.

Eixo: Organização e gestão dos serviços

Ações: Demandar ao gestor municipal a compra de medicamento para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Detalhamento: O médico é o responsável de solicitar ao gestor municipal dispõe de medicamentos para o abandono do habito de fumar.

Eixo: Engajamento público

Ações: Orientar os hipertensos tabagistas obre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento A equipe toda está envolvida nesta tarefa, médico e enfermeira orientam na visita domiciliar semanal, ACS na visita domiciliar diária e toda a equipe na reunião de grupo mensal.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a existência de tratamentos para usuários tabagista. Capacitar a equipe sobre metodologia de educação em saúde.

Detalhamento: O médico e enfermeira são os responsáveis da capacitação da equipe sobre existência de tratamento para usuário tabagista.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira são os responsáveis do monitoramento dos usuários diabéticos sobre orientações do risco de tabagismo na consultas e visita domiciliar.

Eixo: Organização e gestão dos serviços

Ações: Demandar ao gestor municipal a compra de medicamento para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Detalhamento: O médico é o responsável de solicitar ao gestor municipal dispõe de medicamentos para o abandono do hábito de fumar.

Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento: A equipe toda está envolvida nesta tarefa, médico e enfermeira orientam na consulta visita domiciliar semanal, ACS na visita domiciliar diária e toda a equipe na reunião de grupo mensal

Eixo: Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a existência de tratamentos para usuários tabagista. Capacitar a equipe sobre metodologia de educação em saúde.

Detalhamento: O médico e enfermeira são os responsáveis da capacitação da equipe sobre existência de tratamento para usuário tabagista.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de Hipertensão e Diabetes Mellitus.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial.

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

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

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

Meta 1. 2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência.

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

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

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção.

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

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

Numerador: Número de hipertensos e diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2. 2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

Meta 4: Indicar a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Meta 6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão da atenção a hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar registros das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 5: Realizar estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.3: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para organizar o registro específico do programa a enfermeira e o médico irão revisar o cadastro e registro disponíveis identificando todos os usuários hipertensos e diabéticos que tiverem acompanhamento nos últimos três meses. Serão localizados os prontuários destes usuários e transcritas todas as informações disponíveis no prontuário para as fichas espelhos. Ao mesmo tempo será realizado o primeiro monitoramento e anotação sobre as consultas em atraso, exame clínico, exames complementares em atraso, acesso aos medicamentos da farmácia popular e os que necessitarem de atendimento odontológico.

A enfermeira informará semanalmente aos ACS os usuários faltosos e a equipe de ACS fará a busca ativa de todos os usuários em atraso. Todo o processo terá seus dados informados na planilha eletrônica ao final de cada mês.

Os acolhimentos dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço serão realizados pelo técnico de enfermagem e/ou enfermeira, as quais preencherão o cadastro e a ficha complementar. Será feita a medição de pressão arterial de toda a população maior de 18 anos, peso, altura, perímetro abdominal e hemoglicoteste de todos os usuários com níveis pressóricos acima de

135/80mmhg. Todos os usuários com demandas agudas serão atendidos no mesmo turno e todos sairão da ESF com consultas agendadas.

Para garantir materiais adequados (efigmomanômetro, glicômetro, balança e fita métrica) para tomada de pressão arterial, realização de hemoglicoteste, conferir peso e altura assim como perímetro abdominal, a enfermeira realizará uma revisão mensal informando o administrador a situação dos mesmos e se há necessidade de reposição. A quantidade de material é variável conforme da demanda dos usuários que forem atendidos.

Para informar a comunidade e usuário sobre a existência do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, assim como a importância de medir a pressão arterial e realizar o exame de hemoglicoteste em toda a população maior de 18 anos e também a população com níveis pressóricos maior de 135/80 sustentada, orientar sobre fatores de risco de desenvolvimento de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus a equipe fará contato com as associações de moradores, representantes da comunidade da área de abrangência explicando a importância do programa e de ações como realizar consultas periódicas, controle dos fatores de risco, etc.

Dentro deste grupo populacional semanalmente, segundo um cronograma de agendamento, ocorrerão visita domiciliar feita pelo médico, enfermagem e técnico de enfermagem. Já os agentes comunitários de saúde fazem as visitas, também conforme uma agenda, de forma diária – assim todos os usuários receberão visitas mensais. As reuniões de grupos acontecem mensalmente onde participam nutricionista (mas no momento está profissional não faz mais parte do quadro de funcionários e portanto não temos este apoio), médico clínico geral, enfermeira e preparador físico, que são realizadas na terceira quarta feira de cada mês onde apresentamos materiais educativos que são fornecidos pelo Profissional encarregado em realizara audiência educativa.

Começaremos a intervenção com a capacitação da equipe de saúde e ACS sobre o manual técnico de Atenção de hipertensos e diabéticos para toda a equipe. Esta capacitação ocorrerá ESF todas às quartas-feiras às 16h00min horas na reunião da equipe, onde o médico e enfermeira explicarão os conteúdos aos outros membros da equipe sobre cadastramento dos hipertensos e diabéticos, o seguimento do protocolo adotado na unidade de saúde para exame complementar, tratamento de Hiperdia, necessidade de avaliação odontológica, exame clinico

apropriado, realização das consultas e sua periodicidade, preenchimento de todos os registros, estratificação de riscos cardiovasculares, controle de risco modificáveis, alimentação saudável, práticas de atividade física regular, abandonar o hábito de fumar e dar orientação sobre saúde bucal.

Serão utilizados os Cadernos de Atenção Básica nº 36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (Brasília, 2013) e Caderno de Atenção Básica nº 37 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão arterial sistêmica do Ministério da Saúde (Brasília, 2013).

Utilizaremos os prontuários dos usuários, os registros da unidade de saúde e a ficha espelho disponíveis no curso, assim como uma ficha complementar feita pelo médico e enfermeira, para coleta dos dados necessários para o monitoramento da intervenção. Estimamos alcançar mais dos 60% de todos os hipertensos e diabéticos cadastrados. Teremos contato com o gestor municipal para dispor das quantidades de fichas espelhos necessários e para imprimir às fichas complementares que serão anexadas as fichas espelhos para o acompanhamento mensal da intervenção e planilha eletrônica de coleta de dados.

Os usuários participantes do projeto de intervenção serão os hipertensos e diabéticos cadastrados no UBS de saúde da família na comunidade Fundo de Formigueiro, do município de Formigueiro.

Para a coleta de dados será utilizada a ficha espelho do curso EAD-ESF da UFPel.

Serão utilizados os Cadernos de Atenção Básica nº 36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (Brasília, 2013) e Caderno de Atenção Básica nº 37 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão arterial sistêmica do Ministério da Saúde (Brasília, 2013).

Comunicando pelos agentes comunitários de saúde aos usuários hipertensos e diabéticos, para quem acudam a consulta de avaliação de perfil de risco cardiovascular, assim como a medição de peso estrutural, determinação de índice de massa corporal e determinaram prevenção ante os fatores de risco que podem aparecer ante a não prática de exercício físico regular, o tabagismo, solicitaram-se exames laboratoriais e eletrocardiograma com o objetivo de fazer um acompanhamento adequado e manter atualizada as consultas por agendamento,

os usuários acudirem ao UBS de saúde onde a técnica de enfermagem realizará o cadastro, pesagem e fornecerá a explicação sobre a intervenção que estará se realizando e do qual o usuário começa a formar parte.

2.3.4Cronograma

ATIVIDADES	SEMANAS											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Cadastrar os hipertensos e diabéticos da área de abrangência, nas consultas e visitas domiciliares.	x	X	X	X	X	X	X	X	X	x	x	X
Realizar exame clínico apropriado, exame complementares em dia, acesso aos medicamentos da farmácia popular aos 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	x	x	X
Buscar os hipertensos e diabéticos faltosos a consultas conforme a periodicidade estabelecida mediante as visitas domiciliar realizada pelo médico, enfermeiro e técnico em enfermagem uma vez por semana e todos os dias pelo ACS.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	x	x	X
Manter fichas de acompanhamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados, organizar sistema de registro que viabilize situação de alerta quanto ao atraso na consultas, exame complementar e estratificação de riscos cardiovascular.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	x	X
Realizar estratificação de riscos cardiovascular dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	x	x	X

Organizar prática coletiva sobre alimentação saudável, realização de atividade física regular a traves da radio, palestra e reunião de grupos.	X				X				X			
Orientar os hipertensos e diabéticos, na rádio, palestras das importâncias sub controle do habito de fumar, e informar do funcionamento das consultas antitabagista e existência de medicamentos para abandonar o habito.		X				X						
Capacitar a enfermeira no agendamento da consulta, registro dos dados, exame clínico, solicitação dos exames complementar é interpretação dos mesmos.	X		X		X		X					
Capacitar o técnico de enfermagem no registro dos dados, medição da pressão arterial e realização de hemoglicoteste e interpretação dos mesmos.	X	X	X									
Capacitar os ACS nas visitas domiciliares na busca dos usuários faltoso, na periodicidade das consultas, aferir pressão arterial, realização de hemoglicoteste e interpretação dos mesmos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Capacitar toda a equipe quanto aos dados estatísticos.	X	X	X	X				X				X
Capacitar a equipe sobre identificação dos fatores de risco cardiovascular.	X	X	X	X								
Capacitar a equipe sobre orientação aos hipertensos e diabéticos sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e o abandonou do hábito de fumar.	X	X	X	X	X	X						
Monitoramento e avaliação da intervenção				x				x				x

3 Relatórios da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Ao longo de três meses (de maio a julho de 2015) enfrentamos muitos desafios e tivemos muito trabalho, mas a consequência disto foi que conseguimos realizar a atendimento clínico de 169 usuários, destes 167 eram hipertensos e 26 diabéticos. Estes números representaram uma cobertura da atenção 73,2% nos hipertensos e 48,2% nos diabéticos, o qual supera as metas planejadas nos hipertensos, mas não nos diabéticos. Acreditamos que com o passar do tempo e a continuidade das ações, estas metas serão superadas em grau superlativo. Decidiu-se então trabalhar com estimativas porque o cadastro da população não fora concluído a tempo.

Em relação às ações que estavam previstas e foram realizadas podemos mencionar que 100% dos diabéticos tiveram seus exames clínicos realizados de acordo com o preconizado pelo protocolo adotado. Além disso, 100% dos faltosos receberam a busca ativa, se fez orientação nutricional, sobre a atividade da prática de atividade física diária e sobre os riscos do tabagismo. Estas ações foram realizadas totalmente. Das ações realizadas parcialmente podemos dizer que 166 (99,4 %) dos hipertensos foram orientados sobre a necessidade de higiene bucal e 25 (96,2%) dos diabéticos.

Um grande avanço se deu em relação a solicitação e realização dos exames complementares, que antes da intervenção só se podia realizar três exames por mês para cada usuário, com uma conversa com a gestão foi ampliado este número e 92,3 % dos usuários diabéticos tem exame complementar segundo o protocolo e 89,8% dos hipertensos. As diferencias encontrada é devido aos usuários que não voltarem com os resultados dos exames complementares e os que forem solicitados no mês ultimo da intervenção.

No primeiro mês da intervenção foi realizado todas as reuniões da equipe, onde apresentamos à equipe o projeto da intervenção, fomos tendo as capacitações segundo o cronograma para o desenvolvimento do projeto, a equipe ficou muito motivado e rapidamente aceitou participar do projeto e ficaram muito interessados em mudar a realidade do que estava acontecendo com o Hiperdia na área de abrangência e que o maior beneficiário vai ser a população.

Com relação às atividades de promoções e prevenção de saúde estas foram desenvolvidas sem dificuldade, na área de espera do UBS, nas reuniões de grupos que acontecem na comunidade e na visita domiciliar pela equipe.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Foram previstas atividades na rádio local que não foram desenvolvidas já que fomos informados que a emissora municipal não é capaz de atingir toda nossa área de abrangência.

Tudo estava funcionando bem até a segunda semana do segundo mês, a partir dali os agentes de saúde tiveram que refazer o cadastro dos usuários que necessitam da vacina da gripe, pois estava começando a campanha de vacinação e tinham que atingir as metas no tempo previsto. Mas, apesar de tudo, não se parou o projeto, mas foi mais lento o desenvolvimento, mas continuamos segundo o cronograma, só que nesse período não tivemos reuniões da equipe.

Apesar de ficarem comprometida algumas atividades como reuniões da equipe, busca ativa dos usuários faltosos e o cadastro dos usuários pelo agente de saúde estar desenvolvendo outras atividades, mesmo assim conseguimos alcançar bons resultados.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não foram encontradas nenhuma dificuldades em relação a coleta de dados e em transcrições de informações das fichas espelhos para a planilha de coleta de dados.

3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços

Toda a ação prevista no projeto se manteve na rotina diária do trabalho no serviço e há viabilidade para dar continuidade à ação programática como rotina permitindo a continuidade da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos com maior qualidade. Para isso se melhorou o agendamento da consulta segundo a periodicidade padronizada, temos ainda que continuar trabalhando na mudança de pensamento dos trabalhadores da equipe para poder alcançar outras metas.

Uma das metas de mais impacto foi sem dúvida da realização dos exames complementares em dia, todos os usuários ficaram satisfeitos, pois normalmente são liberados pela secretaria de saúde 3 exames de uma bateria de 10 exames.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção realizada na Estratégia de Saúde da Família Fundo de Formigueiro tinha como objetivo principal melhorar a atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Na área de abrangência da ESF estão cadastrados pelos ACS cerca de 1.500 pessoas, segundo os dados da secretaria municipal de saúde.

Utilizando dados de estimativa da planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso considerou-se o denominador o número estimado de 228 usuários hipertensos. No primeiro mês de intervenção foram cadastrados 62 usuários hipertensos o que corresponde a 27,2% de cobertura. No segundo mês totalizamos o cadastro em 126 usuários, o que corresponde a 55,3% de cobertura. E no terceiro mês finalizamos a intervenção com o número de 167 usuários cadastrados, o que acabou superando o número estimado, chegando a 73,2% de cobertura.

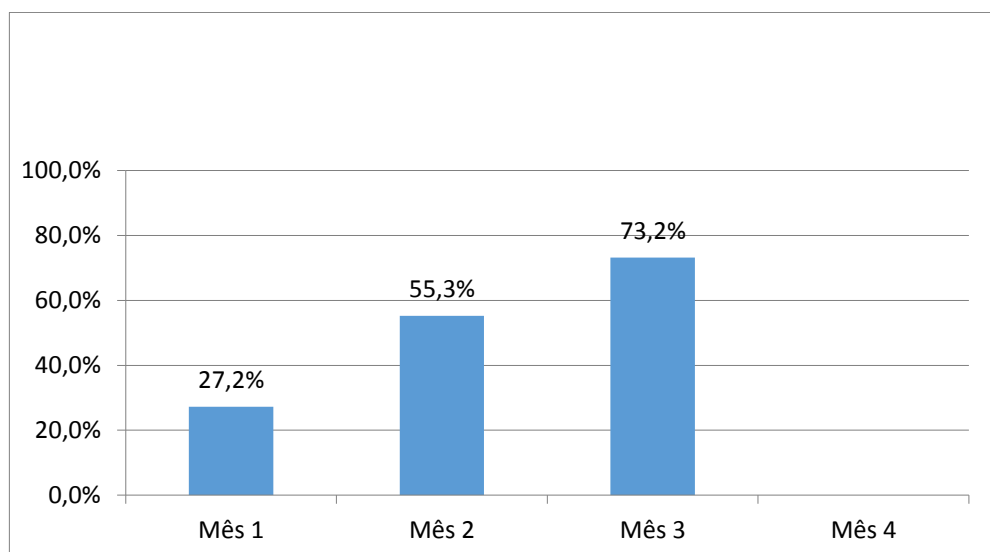


Figura 1- Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Em relação aos usuários diabéticos estimava-se a existência de 56 usuários na área de abrangência, desse modo, foram cadastrados no primeiro mês 14 usuários (37,8%). No segundo mês de intervenção chegamos a 24 usuários o que corresponde a 42,9% de cobertura e no final da intervenção no mês três finalizamos com 27 usuários (48,2%). A meta não foi alcançada, pois supúnhamos alcançar 60% do cadastro dos diabéticos, contudo há empenho da equipe de ESF em buscar os usuários diabéticos da área de abrangência.

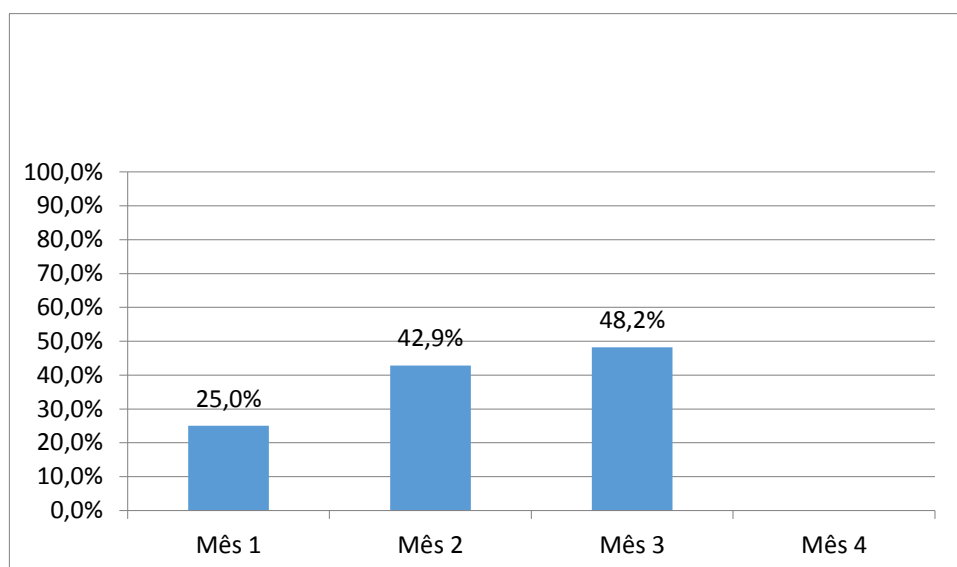


Figura 2- Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

O número de hipertensos cadastrados na ESF com exame clínico em dia de acordo com o protocolo era pequeno. À medida que o cadastro foi sendo realizado simultaneamente realizamos o exame clínico. No mês 1 de intervenção foram avaliados 44 o que correspondeu a 71% usuários hipertensos cadastrados, no mês 2 contabilizamos 60 usuários avaliados o que correspondeu a 47,6%. Nesse mês o ritmo de avaliação foi menor em relação ao anterior, porque o exame clínico inclui.

No mês 3 conseguimos realizar mais avaliações clínicas, e finalizamos a intervenção com 165 usuários avaliados o que correspondeu a 98,8% dos hipertensos cadastrados. Atribuímos esse aumento considerável no mês 3 à conclusão da avaliação clínica dos usuários hipertensos.

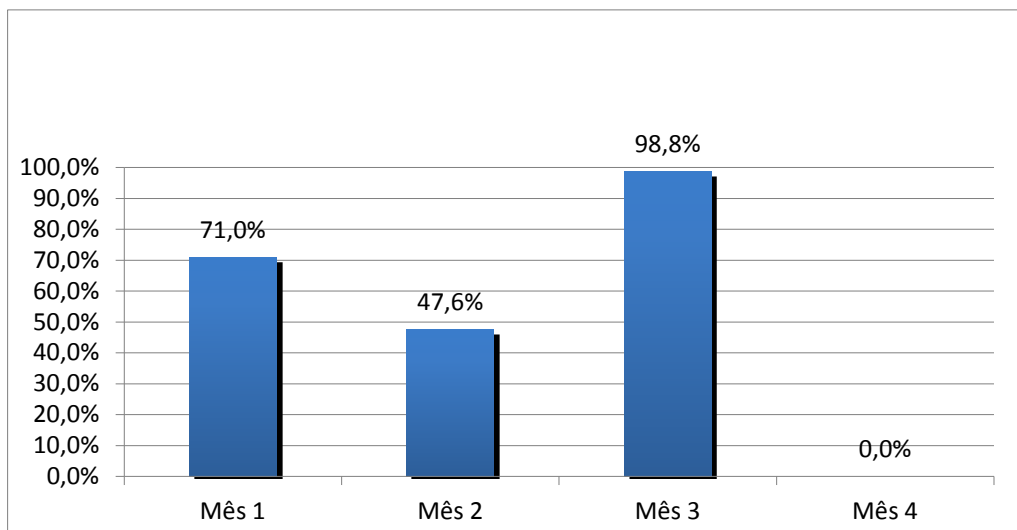


Figura 3- Gráfico da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Em relação aos usuários diabéticos no mês 1 tínhamos 12 usuários com exame clínico em dia, o que correspondeu à 85,7% em relação ao indicador de qualidade, pois tínhamos cadastrados nesse momento 14 usuários. No segundo mês de intervenção 18 usuários diabéticos estavam com exames clínicos em dia, o que correspondia a 75%, já que somávamos nesse momento o total de 24 diabéticos cadastrados. No último mês de intervenção foram cadastrados mais três diabéticos, totalizando 27 usuários cadastrados e tínhamos 26 usuários com exame em dia o que corresponde a 96,3%. O alcance da meta deve-se ao esforço da equipe de saúde em garantir exame clínico completo a maioria dos usuários diabéticos.

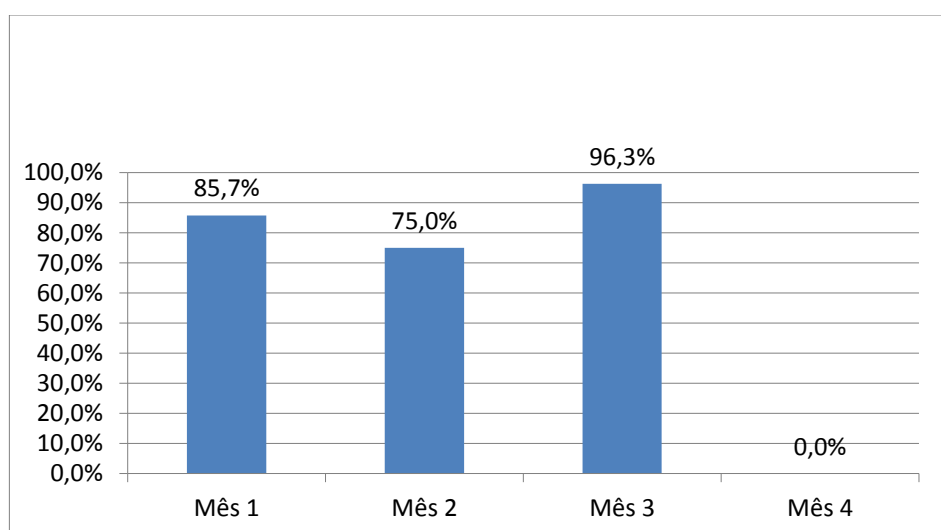


Figura 4- Gráfico da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

No mês 1 tínhamos 62 cadastrados e 51 com exames complementares em dia o que correspondia 82,3% do total cadastrado, já no mês 2 finalizamos com 126 hipertensos cadastrados e 61 com exames complementares em dia o que corresponder a 48,1% de hipertensos acompanhados. Nesse segundo mês não conseguimos ter uma boa porcentagem de cobertura devido ao tempo de espera pela realização dos exames que dependem da autorização da secretaria de saúde, realização do exame e por fim o usuário deve mostrar o exame.

Ao término da intervenção tínhamos 167 usuários hipertensos foram cadastrados e 150 usuários tiveram exames complementares em dia de acordo ao protocolo, o que corresponde a 89,8% dos hipertensos. Não alcançamos a meta em 100% devido a situação de que muitos usuários não retornaram à unidade para mostrar os exames, e outros tiveram a solicitação feito no último mês de intervenção.

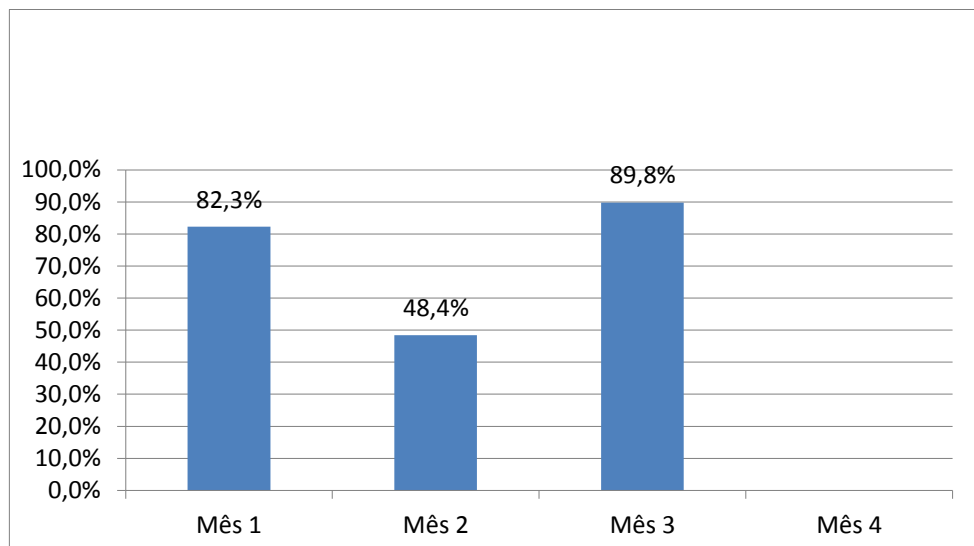


Figura 5- Gráfico da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Os diabéticos com exames complementares em dia de acordo ao protocolo no primeiro mês foram 13 usuários sendo que tínhamos cadastrados 14 diabéticos o que corresponde a 92,9%. No mês 2 totalizamos 24 usuários diabéticos cadastrados e 15 tinham exames complementares em dia o que corresponde a 62,5%. Ao final da intervenção no mês 3 dos 27 diabéticos cadastrados 24 tinham exames complementares em dia, o que corresponde a 88,9% de cobertura. Nesse indicador tivemos dificuldade em atingir o 100%% devido ao tempo de espera pela realização dos exames que dependem da autorização da secretaria de saúde, realização do exame e por fim o usuário deve mostrar o exame.

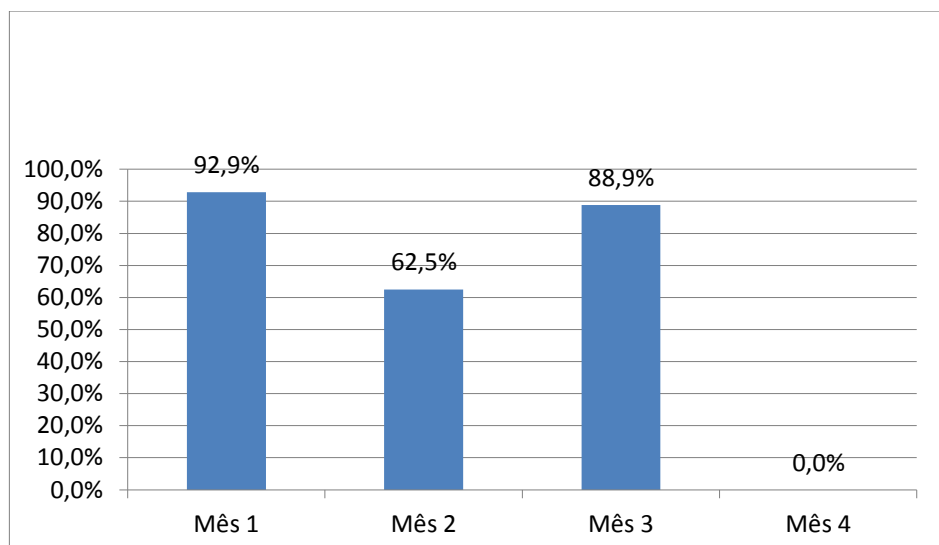


Figura 6- Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Quando observamos o total de 167 hipertensos cadastrados na intervenção segundo o uso de medicamentos fornecidos pelo Programa Farmácia Popular temos que 99,4% tem prescrição desses medicamentos. Sendo que no mês 1 eram 62 cadastrados e 61 com prescrição o que corresponde a 98,4%, e no mês 2 dos 126 cadastrados 125 tinham prescrição de medicamentos fornecidos pelo programa do governo. Apenas um usuário não estava contemplado, pois o medicamento que ele fazia uso não é disponibilizado no programa. Vimos esse indicador como de suma importância, pois facilitamos o acesso aos medicamentos por meio de um programa do governo federal.

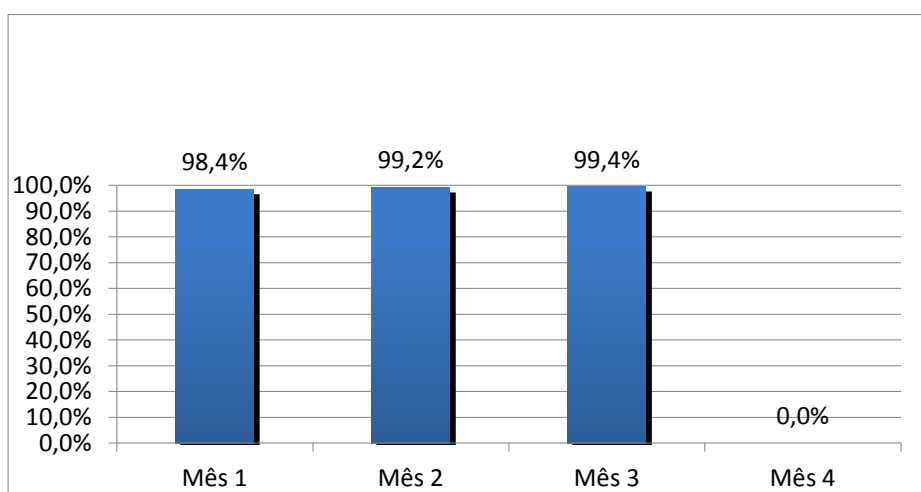


Figura 7- Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

Quando observamos o total de 25 diabéticos cadastrados na intervenção segundo o uso de medicamentos fornecidos pelo Programa Farmácia Popular temos que 92,5% tem prescrição desses medicamentos. Sendo que no mês 1 eram 14 cadastrados e 15 com prescrição o que corresponde a 92,9%, e no mês 2 dos 24 cadastrados 23 tinham prescrição de medicamentos fornecidos pelo programa do governo o que corresponde a 95,8%. Apenas um usuário não estava contemplado, pois o medicamento que ele fazia uso não é disponibilizado no programa.

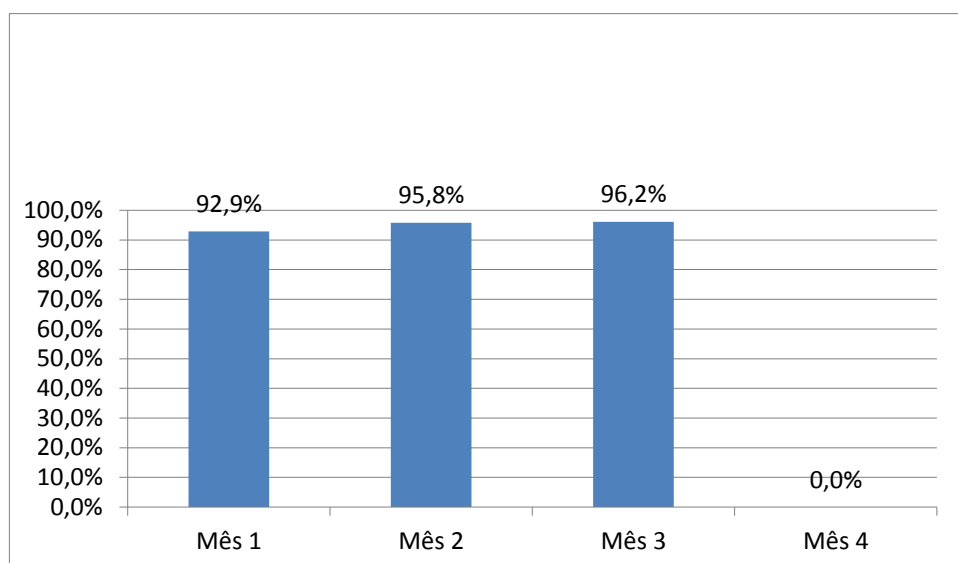


Figura 8- Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição Medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Em relação a necessidade de atendimento odontológico para os usuários hipertensos foi cadastrado apenas um usuário ao longo de 12 semanas de intervenção, pois a unidade de saúde não conta com atendimento odontológico mais de um ano e meio. Sendo este único usuário cadastrado na unidade de saúde da cidade.

Sobre a necessidade de atendimento odontológico para os usuários diabéticos não foi cadastrado nenhum usuário, pois a unidade não conta com atendimento odontológico há mais de um ano e meio.

No que diz respeito à proporção de usuários hipertensos faltosos as consultas com busca ativa no primeiro mês foram identificadas quatro usuários, e dois deles receberam busca ativa o que corresponde a 50%. No segundo mês de 63 faltosos se realizou busca ativa em 62 usuários o que corresponde a 98,4%. Ao término da intervenção atingimos o total de 74 faltosos e todos receberam busca

ativa o que totalizou 100% da meta alcançada.

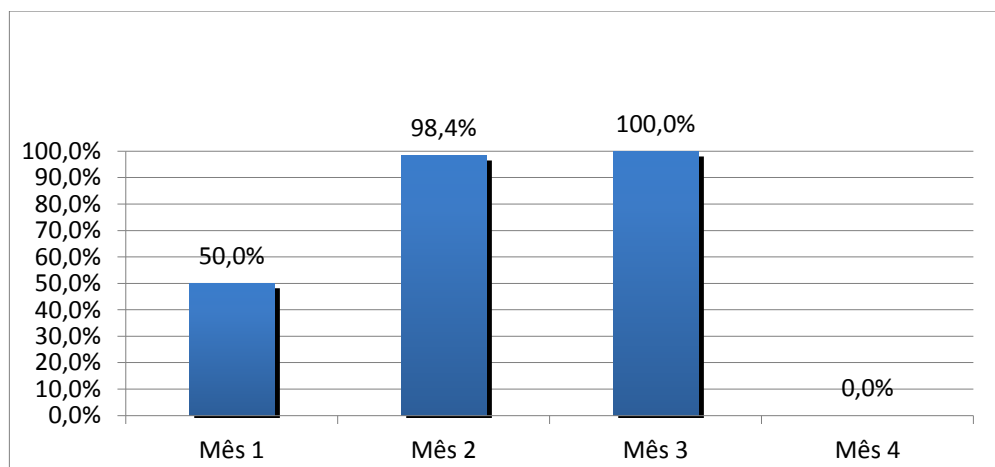


Figura 10- Gráfico da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

Em relação aos diabéticos faltosos à consulta com busca ativa no primeiro mês não tivemos nenhum faltoso, já no mês 2 dos sete usuários faltosos todos receberam busca, o que se repetiu no mês 3 em que tivemos cinco usuários faltosos e todos receberam busca ativa. A meta foi facilmente alcançada devido ao apoio dos ACS que realizavam busca ativa dos usuários e visitas domiciliares que foram realizadas para os usuários que não puderam comparecer na UBS.

Para os hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento no primeiro mês de 62 usuários cadastrados 48 tinham o registro adequado o que corresponde a 77,4%. No segundo mês de 126 hipertensos cadastrados 54 estavam com registro adequado o que corresponde a 42,9%. No terceiro e último mês da intervenção de um total de 167 usuários cadastrados 143 deles estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento o que corresponde a 85,6%. O motivo de não alcançarmos o 100% deve-se ao fato que muitos usuários ficaram por fazer os exames que posteriormente serão transcritos aos prontuários.

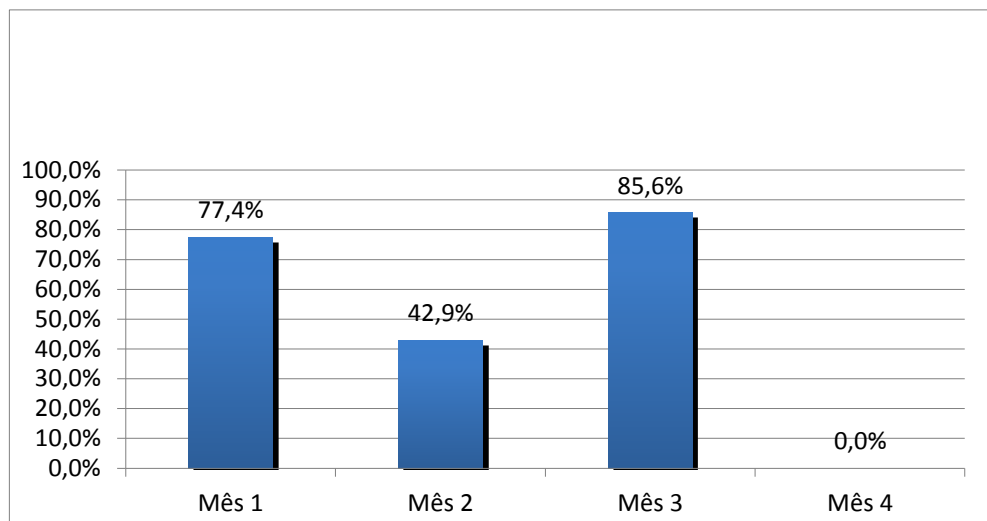


Figura 11- Gráfico da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Dos diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento no primeiro mês de 14 diabéticos cadastrados 11 estavam com registro adequado o que corresponde 78,6%. No segundo mês de 24 diabéticos cadastrados apenas 14 tinham o registro adequado, o que corresponde a 58,3%. Nesse segundo mês devido ao problema apresentado pelos usuários na hora de fazer os exames complementares, os quais não eram liberados totalmente pela Secretária de Saúde.

Ao final da intervenção de 24 diabéticos cadastrados 27 estavam com o registro adequado na ficha de acompanhamento, fazendo com que finalizássemos a intervenção com 88,9% de cobertura. Neste indicador não foram atingidas as metas propostas pois, alguns usuários ainda estavam por realizar exames os que posteriormente seriam registrados na ficha de atendimento.

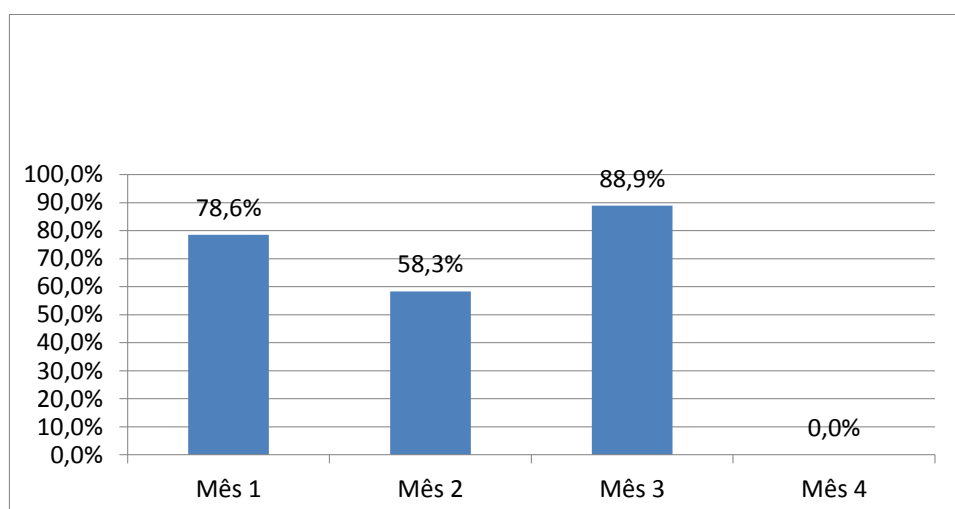


Figura 12- Gráfico da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

No indicador proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular de 62 usuários cadastrados no primeiro mês 26 deles tinham a avaliação o que corresponde 41,9%. No segundo mês 30 usuários de um total de 126 cadastrados estavam com avaliação do risco cardiovascular o que fez o indicador diminuir para 23,8%. Assim como para os indicadores anteriores, no mês 2 tivemos problemas com os resultados dos exames complementares.

No último mês do total de 167 usuários cadastrados 142 deles já haviam sido avaliados segundo o risco cardiovascular o que nos descreve um indicador de 85% de cobertura. Para poder realizar a avaliação de risco cardiovascular são necessários exames complementares como por exemplo os níveis de colesterol, como nem todos os usuários conseguiram realizar e trazer o exame para consulta médica então não foi possível realizar a avaliação de risco cardiovascular destes usuários.

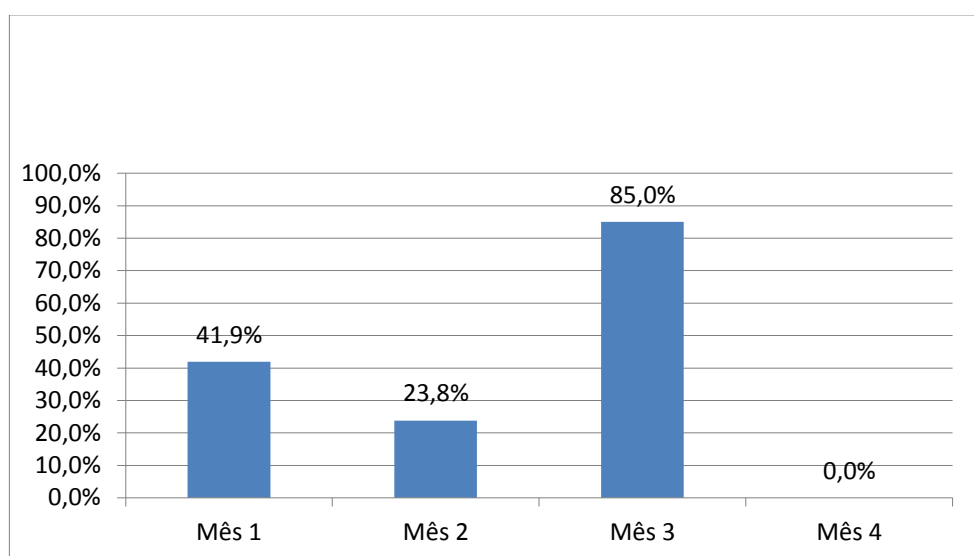


Figura 13- Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Dos diabéticos com estratificação do risco cardiovascular durante o Projeto de Intervenção foi desenvolvida da seguinte forma, de 14 cadastrados no primeiro mês 8 tinham a avaliação do risco o que corresponde 57,1%. No segundo mês de 24 cadastrados 10 usuários foram avaliados o que corresponde 41,7%, e no último mês do Projeto de Intervenção de 27 usuários cadastrados 23 estavam com a estratificação do risco cardiovascular em dia, ou seja 85,2% do total. Semelhante ao indicador anterior para alcançarmos 100% do indicador somente poderíamos realizar

a avaliação de risco cardiovascular com os resultados dos exames complementares.

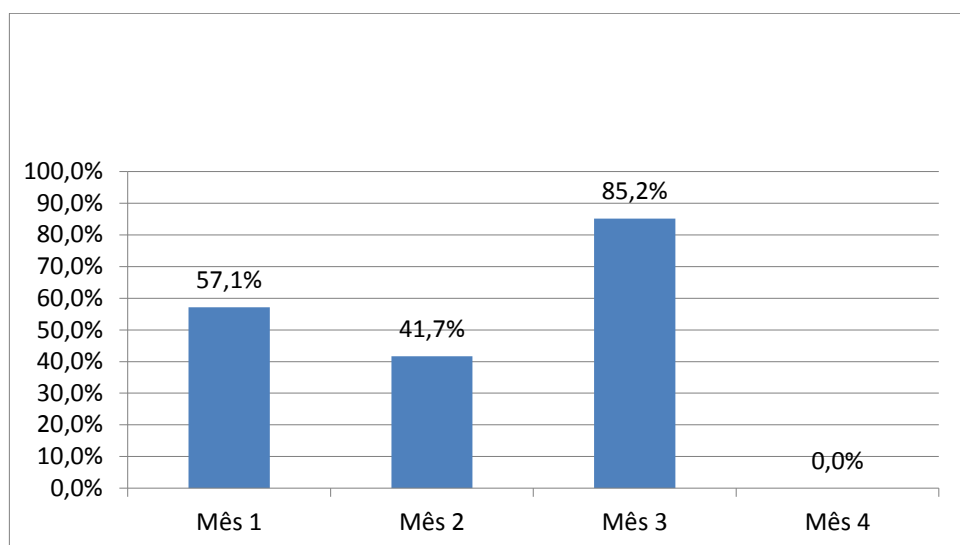


Figura 14- Gráfico da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

No indicador orientação nutricional sobre alimentação saudável para os usuários hipertensos de 62 usuários cadastrados no primeiro mês foram informados e orientados 58 usuários totalizando 93,5%. No segundo mês de 126 usuários cadastrados foram devidamente orientados 122 usuários o que corresponde a 96,8%. No terceiro e último mês dos 167 usuários cadastrados foram oportunamente informados 167 usuários nos permitindo alcançar 100%, da meta.

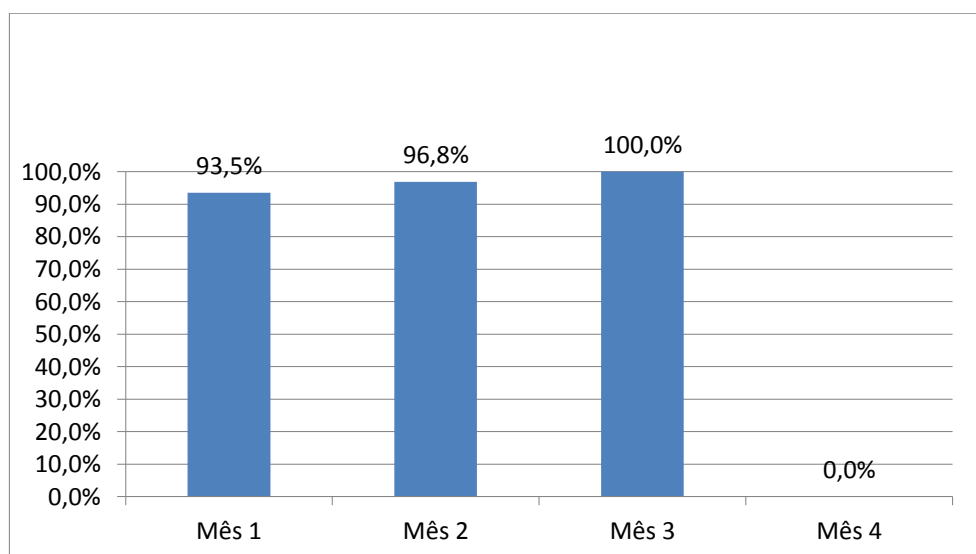


Figura 15- Gráfico da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Na orientação nutricional sobre alimentação saudável para os usuários diabéticos de 14 usuários cadastrados no primeiro mês foram informados e orientados 13 usuários resultando em 92,9% do total. No segundo mês de 24 usuários cadastrados foram devidamente orientados 23 usuários totalizando 95,8%. No último mês de 27 usuários cadastrados foram oportunamente informados e orientados 26 usuários totalizando 96,3%. Embora a meta almejada tenha sido de 100%, considera-se válida a estatística alcançada uma vez que apenas três usuários não comparecem ao grupo. Válido ressaltar que estes mesmos usuários compareceram a consulta, portanto têm-se os 100% dos usuários receberam as orientações necessárias.

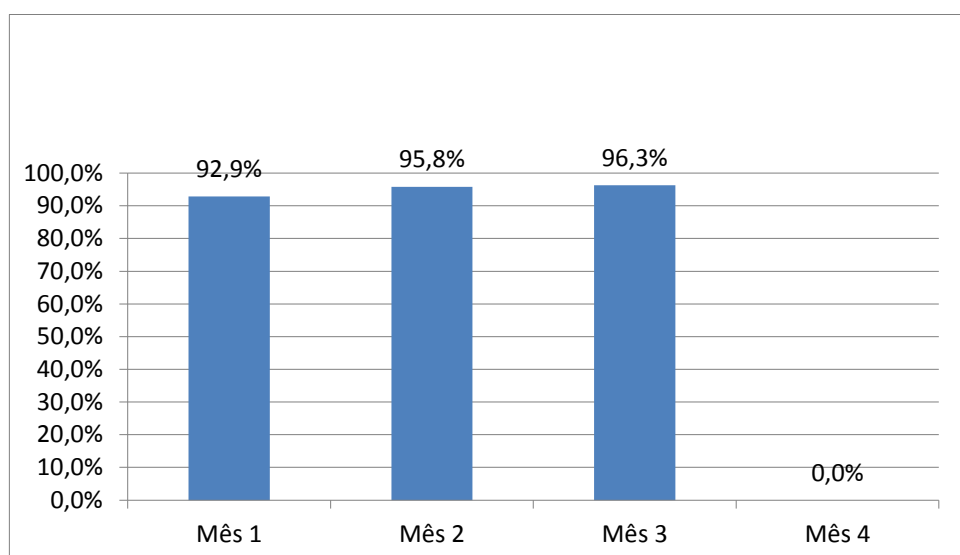


Figura 16- Gráfico da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Em relação à orientação sobre a prática de atividade física regular para os usuários hipertensos de 62 usuários cadastrados no primeiro mês 56 receberam orientação o que corresponde a 90,3%. No segundo mês de 126 usuários cadastrados receberam orientação sobre atividade física regular 120 o que corresponde 95,2%. No último mês de intervenção de um total de 167 usuário todos receberam a informação e orientação pela equipe e preparador físico. A meta alcançada no seu total pelo árduo trabalho do preparador físico que coopero no Projeto de Intervenção e à participação dos usuários nas palestras e reuniões.

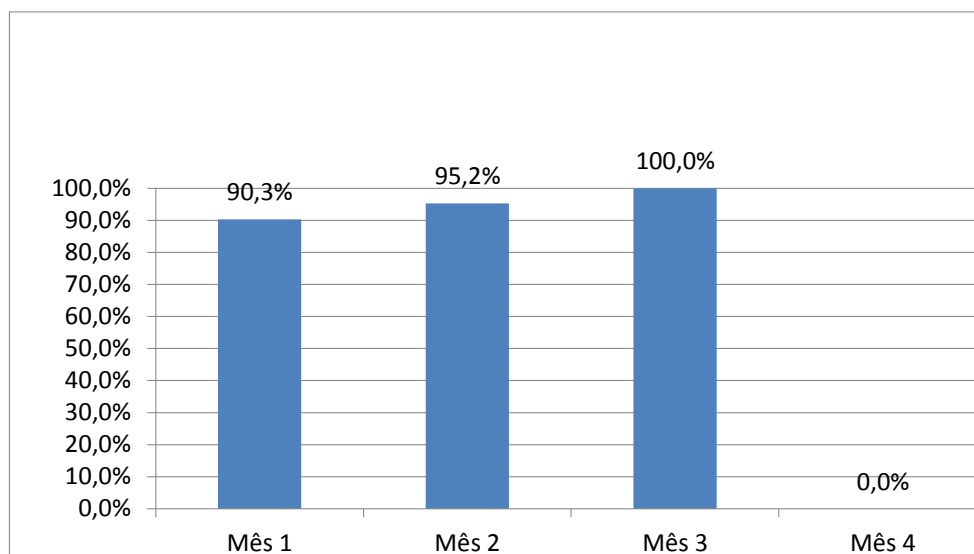


Figura 17- Gráfico da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Em relação à orientação sobre a prática de atividade física regular para os usuários diabéticos, de 14 usuários cadastrados no primeiro mês, 13 receberam orientação para 92,9%, no segundo mês de 24 usuários cadastrados 23 receberam orientação sobre atividade física regular para 95,8%. No último mês da intervenção de um total de 27 usuários, 26 receberam orientação pela equipe e preparador físico o que totalizou o indicador em 96,3%. Não alcançamos o 100% em virtude da desistência de um usuário em participar dos grupos.

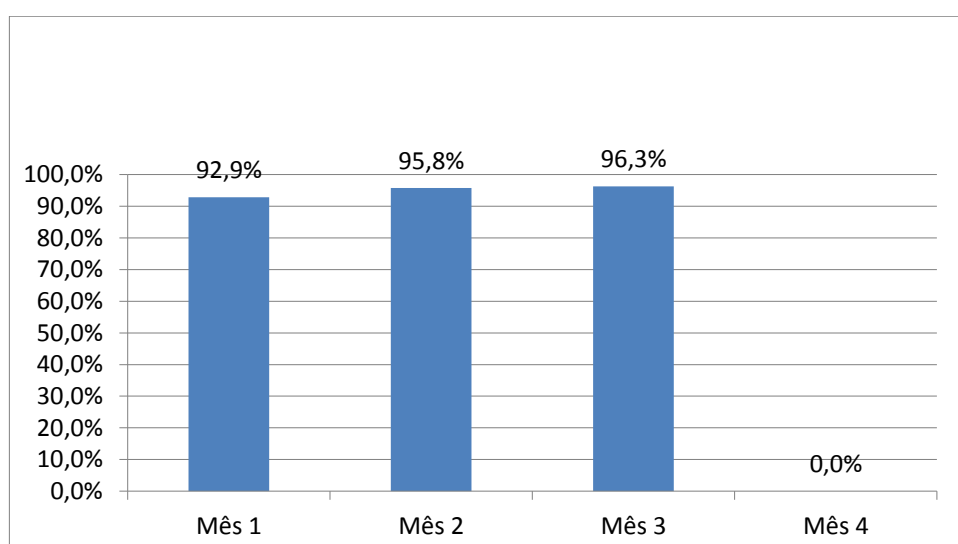


Figura 18 - Gráfico da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Para a proporção de usuários hipertensos orientados sobre o risco do tabagismo de 62 usuários cadastrados no primeiro mês foram devidamente

orientados 56 usuários o que corresponde 90,3%. No segundo mês de 126 usuários cadastrados foram orientados 120 usuários (95,2%), e ao final do Projeto de Intervenção no mês 3 todos os usuários cadastrados foram informados, orientados e capacitados sobre o risco do tabagismo. O alcance de 100% nessa meta foi alcançado devido ao trabalho pessoa a pessoa, casa a casa pelos agentes comunitários de saúde.

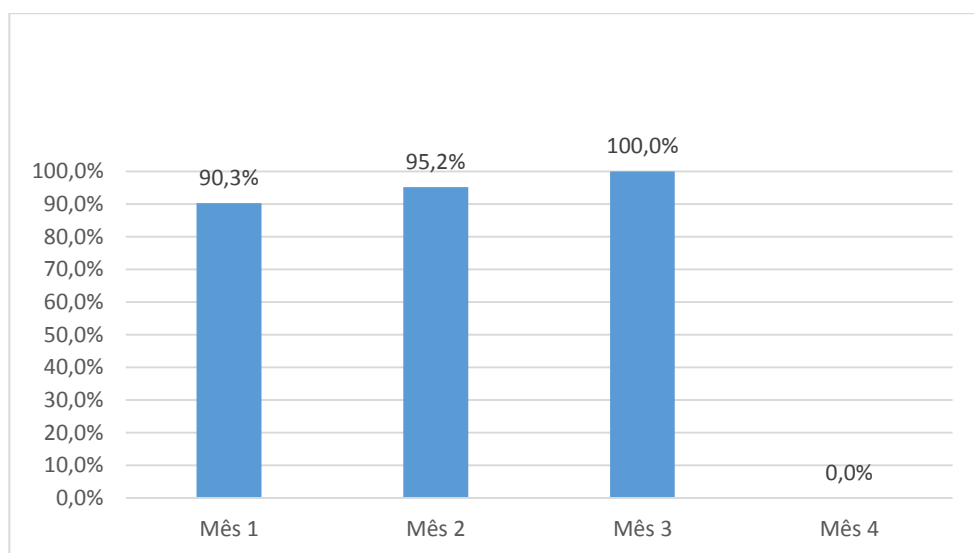


Figura 19- Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Para o indicador usuários diabéticos orientados sobre o risco do tabagismo de 14 usuários cadastrados no primeiro mês foram devidamente orientados e capacitados 13 usuários o que corresponde a 92,9%. No segundo mês de 24 usuários cadastrados foram orientados 23 usuários para 95,8%, e ao final do Projeto de Intervenção de 27 usuários cadastrados foram informados, orientados e capacitados 26 o que corresponde 96,3% sobre o risco do tabagismo. Mas como todos os usuários receberam as orientações necessárias (os que não compareceram aos grupos tiveram a oportunidade das consultas), portanto tem-se a meta de 100% de usuários orientados.

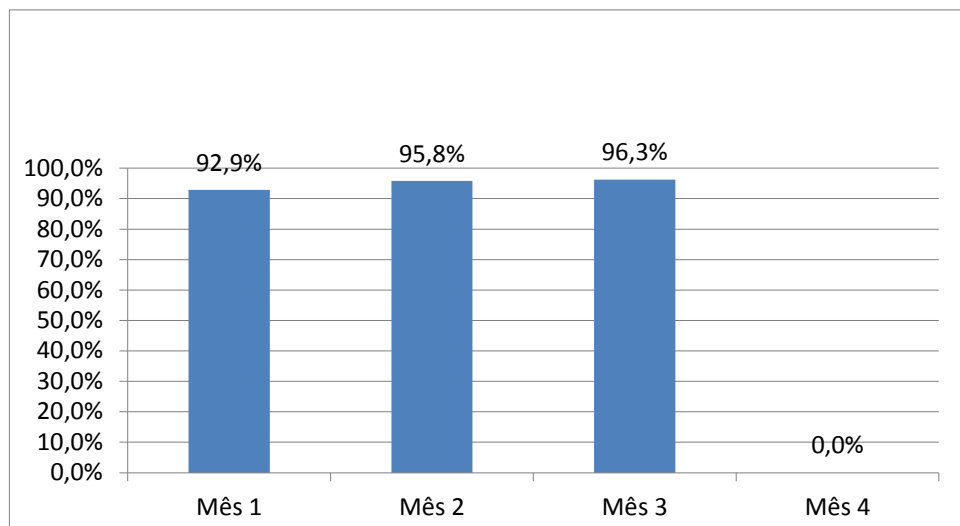


Figura 20- Gráfico da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

O indicador proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal comportou-se da seguinte forma: no primeiro mês de 62 usuários cadastrados 43 foram informados, o que corresponde a 69,4%; no segundo mês de 126 usuários cadastrados foram devidamente informados 107 usuários o que corresponde a 84,9%; e no último mês do Projeto de Intervenção de 167 usuários cadastrados foram informados, treinados e capacitados pela equipe de saúde 166 usuários totalizando 99,4%.

Cabe destacar que apesar da meta não ter sido alcançada no seu total o trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde informando os usuários foi muito importante. Os ACS foram capazes de transmitir para os usuários alvo do Projeto de Intervenção as informações necessárias, pois o UBS de saúde há mais de ano e meio não conta com o serviço de saúde bucal.

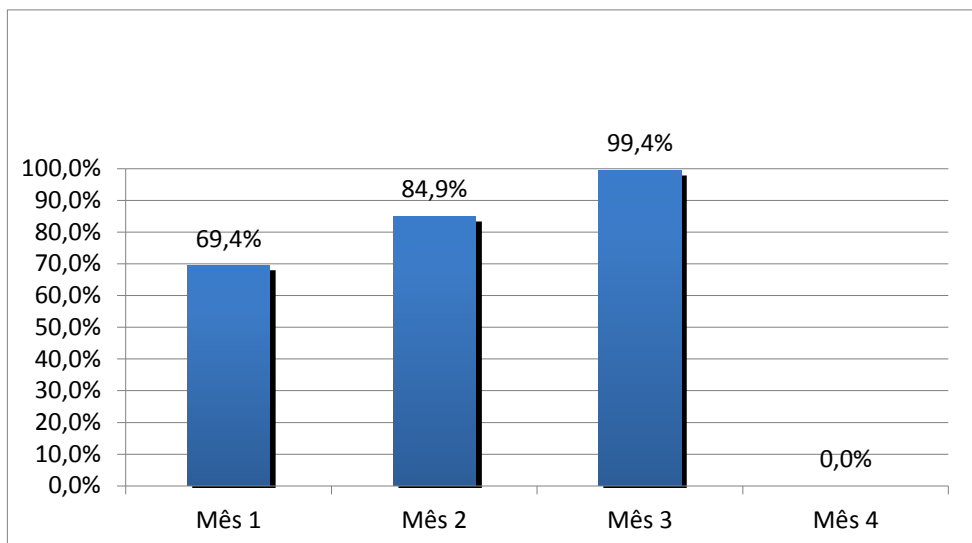


Figura 21- Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

O indicador proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal se comportou da seguinte forma: no primeiro mês de 14 usuários cadastrados foram informados 9 usuários o que corresponde a 64,3%; no segundo mês de 24 usuários cadastrados foram devidamente informados 19 usuários o que corresponde a 79,2%; no mês 3 de 27 usuários cadastrados foram informados 25 usuários o que corresponde a 92,6%. No entanto, como explicado nos itens anteriores, considera-se a meta de 100% (orientações em grupos e/ou consultas).

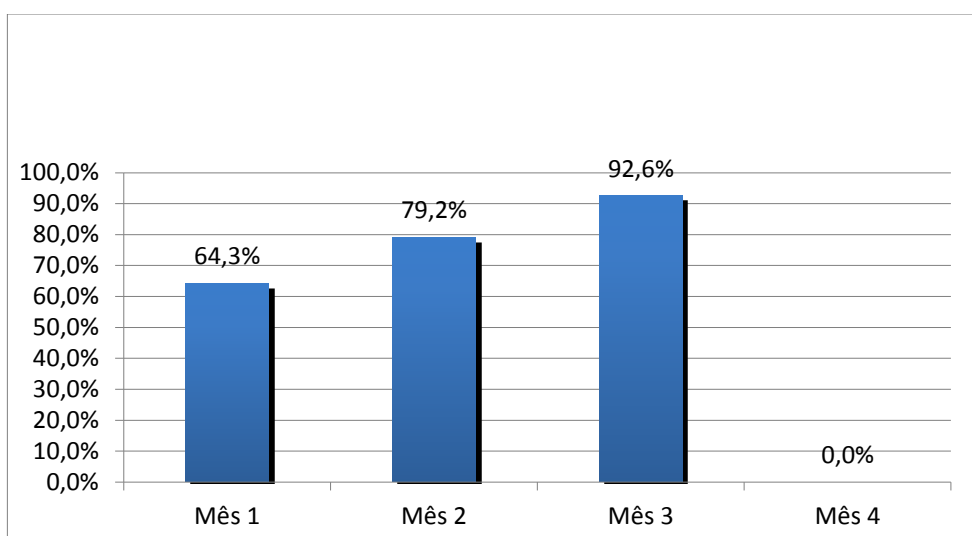


Figura 22- Gráfico da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

4.2 Discussão

A intervenção, na USF de Fundo do Formigueiro, no município de Formigueiro - RS propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros da unidade, a qualificação da atenção com destaque na solicitação e realização dos exames complementares assim como a classificação do risco cardiovascular para ambos os grupos.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico e monitoramento da hipertensão e diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado dos membros da equipe (agentes comunitários de saúde - ACS, técnicos de enfermagem, enfermeira e médico). As atividades foram realizadas da seguinte forma: agendamento das consultas e visitas domiciliares, busca ativa dos casos faltosos as consultas, recepção e acolhimento, interrogatório, exame físico e solicitude de exames para posterior avaliação dos riscos.

O impacto alcançado no serviço com o surgimento das consultas agendadas propiciou atenção de qualidade aos usuários alvos do Projeto de Intervenção, diminuindo a demanda espontânea de consultas. Além da capacitação de toda a equipe ESF, a qual contribuiu para elevar a qualidade do atendimento.

Antes da intervenção, as atividades entre os profissionais eram muito individualizadas, não tinham conceito de equipe, uma vez que as atividades de atenção dos usuários hipertensos e diabéticos eram concentradas na figura do médico. Agora toda a equipe se sente parte e responsável pelo atendimento e saúde dos usuários.

O Projeto de Intervenção possibilitou revisão sobre as atribuições dos membros da equipe viabilizando a atenção de um número maior de usuários, melhorando o registro e o agendamento dos usuários alvos do Projeto de Intervenção, e a classificação de risco tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O Projeto de Intervenção trouxe um grande impacto na melhoria dos índices de saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, porém ainda sendo pouco percebidos pelos demais membros da comunidade. Os integrantes do Projeto de Intervenção demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gerou-se uma insatisfação nos demais usuários que desconhecem o porquê de tal

priorização. É válido colocar aqui que apesar do árduo trabalho ainda temos usuários sem cadastro no registro hiperdia.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o começo tivesse existido uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de programar isto. Também o Projeto de Intervenção não foi mais dinâmico por existir uma dificuldade na realização dos exames hiperdia.

Agora que estamos no fim do projeto percebo que a equipe está integrada, porém, para incorporar a intervenção na rotina do serviço, teremos que buscar condições de superar algumas das dificuldades encontradas. Tais dificuldades encontram-se principalmente no âmbito do deslocamento até esta unidade e a conscientização da comunidade.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço e para isto vamos justamente ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação da necessidade de priorização dos usuários hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Possivelmente isto será feito por meio de grupos e palestras aberta ao público. Pensa-se em utilizar a escola (que é o espaço público maior da localidade para tal evento).

Notamos que a falta de algumas informações em nossos registros (prontuários), acabaram prejudicando a coleta de alguns indicadores tais como os exames clínicos em dia e de acordo com o protocolo, os exames complementares em dia e o registro adequado na ficha de acompanhamento. Tentaremos adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para poder coletar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto.

O próximo passo para conseguir melhorar a atenção na saúde da população é a indispensável disponibilização do serviço de odontologia, além de ter ACS em todas as áreas de abrangência da UBS. No momento o município se encontra sem profissional odontológico (o que será resolvido até a metade do mês de setembro) e a aquisição de uma unidade móvel facilitará bastante o acesso dos demais usuários (por se tratar de uma área rural muitos residem bastante longe da unidade de saúde); neste momento também está ocorrendo à nomeação de novos ACS.

É válido retomar a questão do deslocamento, uma vez que esta unidade fica a aproximadamente 30 km da sede da cidade e o carro é disponibilizado duas vezes na semana. O não atendimento diário e com a prioridade de atendimento a usuários

hipertensos e diabéticos gera uma conseqüente diminuição de atendimentos aos demais membros da localidade. Desta forma ocorre um mal-estar entre a população (beneficiados x demais usuários) e também entre a equipe e estes usuários não hipertensos ou diabéticos.

Outra questão importante é a falta de informatização dos prontuários, assim quando um usuário é atendido em outra unidade, perdem-se alguns dados sobre este, os quais podem ser vitais para um tratamento integral da saúde do usuário; em muitos casos estes usuários possuem uma baixa escolaridade e não conseguem repassar para o médico aquilo que lhe foi orientado e/ou receitado em uma consulta em outra unidade.

Apesar dos desafios, acredito que o trabalho vem atingindo resultados satisfatórios; em todos os setores, principalmente os da saúde, novos desafios e, portanto novas vitórias são constantemente vivenciadas.

5 Relatório da intervenção para gestores

Aos gestores de saúde de Formigueiro - RS:

Este relatório é resumo dos resultados da intervenção que desenvolvemos na nossa unidade de Saúde. Esta intervenção foi fruto da Especialização em Saúde da Família realizada em parceria com a UNASUS e UFPEL e teve como objetivo melhorar a atenção prestada aos hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência.

Após três meses da intervenção, constataram-se que os objetivos inicialmente propostos na UBS, de avaliar a adesão e monitorar a atenção prestada aos usuários hipertensos e/ ou diabéticos da ESF Fundo do formigueiro foram cumpridos, alguns de forma parcial, mas que trouxeram melhoria da adesão ao tratamento.

Na unidade de saúde os hipertensos e diabéticos tiveram uma boa aceitação da intervenção, sendo cada dia maior o número de usuários que assiste na ESF com os resultados já alcançados. Pretendemos ampliar ainda mais a cobertura, e os usuários participantes se mostram satisfeitos com a participação do projeto e com a prioridade nos atendimentos para usuários diabéticos e hipertensos.

A Intervenção permitiu a integração de toda a equipe, envolvidos no trabalho de forma organizada, implantando um atendimento qualificado sobre estas doenças, prevenindo complicações maiores nos usuários portadores destas doenças.

Como resultado a cobertura da intervenção nos hipertensos se desenvolveu da seguinte forma: na ESF a totalidade estimada é de 228 pessoas com hipertensão, com a realização da intervenção no primeiro mês, foram cadastrados

62 usuários hipertensos (27,2% de cobertura). No segundo mês da intervenção depois de mais divulgação da ação programática, foram cadastrados 126 hipertensos (55,3% de cobertura), um aumento considerável comparando com o primeiro mês. No terceiro mês terminamos com 167 hipertensos cadastrados (73,2% de cobertura).

Em relação aos diabéticos, a estimativa é de 56 pessoas diabéticas. No primeiro mês de intervenção foram cadastrados 14 diabéticos (25 % de cobertura), no segundo mês foram cadastrados 24 diabéticos (42,9% de cobertura), quase duplicando o número de pessoas cadastradas e aumentando os indicadores de coberturas. Por fim, no terceiro mês foram cadastrados 27 diabéticos (48,2% de cobertura).

Como resultado a cobertura da intervenção nos hipertensos segundo a proporção de pessoa com os exames complementares em dia de acordo ao protocolo se desenvolveu da seguinte forma: na ESF a totalidade de 167, pessoas com hipertensão, 150 realizarem exame complementar para (89,8 %), com relação aos usuários com diabetes mellitus de uma totalidade de 27 pessoas, apenas 24 realizarem exames complementares para (88,9 %).

Para alcançar estes resultados foi de vital importância a participação da gestão municipal, disponibilizando as fichas espelhos e os exames complementares aos usuários, além dos recursos humanos que estavam faltando como o motorista para a busca dos faltosos a consultas e visita domiciliares. Estes aspectos foram fundamentais para se propiciar os resultados positivos alcançados da intervenção.

A partir do próximo mês, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos, mas ainda são necessárias algumas melhorias importantes como a completude dos agentes comunitários de saúde para as áreas descobertas que permitirão uma maior inclusão da população da nossa área de abrangência

A intervenção vai servir de exemplo para novos investimentos em outras ações programáticas, como é atenção ao pré-natal e ao puerpério, à prevenção do câncer de mamas e do colo uterino com apoio do gestor nas ações desenvolvidas em minha ESF.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

À comunidade de Formigueiro - RS:

Este relatório é para trazer para vocês os resultados da intervenção que desenvolvemos na nossa unidade de Saúde. Esta intervenção foi fruto da Especialização em Saúde da Família e teve como objetivo melhorar a atenção prestada ao hipertenso e diabético da nossa área.

Após três meses da intervenção, constatou-se que os objetivos inicialmente propostos na UBS, de avaliar a adesão e monitorar a atenção prestada aos usuários hipertensos e/ ou diabéticos da ESF Fundo do formigueiro foram cumpridos, alguns de forma parcial, mas que trouxeram melhoria da adesão ao tratamento.

Dentre as ações destacam-se: o atendimento de 167 hipertensos e 27 diabéticos. A organização do processo de trabalho. A melhoria nos registros com 48,2% dos diabéticos e 73,2% dos hipertensos com os seus registros em dia, nos agendamentos das consultas e visitas domiciliares, entre outras ações. Deste modo conseguimos alcançar um atendimento de maior qualidade.

Uma grande conquista foi a ampliação no número de exames, que antes do projeto eram em número reduzido e agora foi ampliado e permitiu que todos os participantes realizassem a bateria preconizada pelo Protocolo de Atenção, o qual continuará com a inclusão do programa Hiperdia no município.

A intervenção realizada na comunidade vai servir de exemplo para novos investimentos em outras ações programáticas, como é atenção ao pré-natal e ao puerpério, à prevenção do câncer de mamas.

Assim com a equipe, a comunidade e suas lideranças, todos unidos, com apoio do gestor, ofertaremos na comunidade ações de saúde para modificar modos e estilos de vidas saudáveis.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O processo de aprendizagem deste curso foi minha primeira experiência de aprendizagem a distância em ambiente virtual. Diferente de como estava acostumado, o tempo todo de forma presencial como em meu país. É uma experiência inesquecível, com grandes vantagens, por exemplo, a liberdade de fazer minhas tarefas e Projeto de Intervenção da prática clínica, TCC, em qualquer momento e horários, em particular, facilitando o Projeto de Intervenção e a aprendizagem, motivados com casos interativos fora da rotina de Projeto de Intervenção, com a possibilidade do intercâmbio de ideais, opiniões com outros colegas e orientadores, também melhorei muito a gramática do idioma português. Levando para o lado pessoal, conhecimentos, cultura, boas experiências nas intervenções e sobre tudo em nossa prática diária, em nossas consultas e acompanhamento de cada uma das pessoas que no dia a dia procuram um profissional com qualidade humana e uma boa preparação científica, já que sobre nós temos o compromisso e a responsabilidade de melhorar a qualidade da atenção médica e a qualidade de vida da população brasileira.

Olhando o comportamento das doenças crônicas e sua incidência em minha área de saúde, percebi a importância de incrementar a cobertura e melhorar a Qualidade da Atenção à Saúde dos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus de minha população, e assim foi como escolhi meu foco de intervenção. Com nossa experiência de trabalho em atenção primária em meu país e a existência de programas de controle das doenças crônicas, neste caso no Brasil, o programa de Hiperdia percebi que poderia ser o campo de desenvolvimento da intervenção, mas com o trabalho em equipe, as capacitações e a vontade de todos de aprender coisas novas a planejar e organizar nosso trabalho e implementar as ações programáticas em outros grupos como os das gestantes e incrementar a preparação científica de nossos profissionais.

A integração com a equipe de saúde foi muito positiva, providenciamos protocolos de atendimento de diferentes doenças que poderiam apresentar-se na unidade, uso de alguns casos clínicos na reunião da equipe como método de capacitação.

Com minhas práticas clínicas garanti uma maior preparação científica e conhecimentos de temas muito importantes próprios do Brasil, como os princípios e diretrizes do SUS, comportamento de algumas doenças no processo de transição epidemiológica, vigilância em saúde e fiz revisão bibliográfica de muitas doenças alcançando uma boa atualização em seu comportamento epidemiológico e uma terapêutica atualizada.

Alcançamos com a intervenção melhorar a qualidade da atenção médica, promovendo maior satisfação dos usuários e impactando na saúde da comunidade, aprendi a promover e realizar junto com a equipe um adequado engajamento público, realizando promoção e educação em saúde através de grupos específicos e outras ferramentas junto ao resto da equipe, melhorando o acolhimento da atenção aos usuários com demanda espontânea, já que dela depende a adesão da comunidade.

Por último e não menos importante quero agradecer a minha orientadora que teve e ainda tem um papel muito importante em todo este processo de aprendizagem.

Referências

American Diabetes Association. Standar of Medical care in diabetes. **Diabetes Care**.v.35: Suppl 1, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica n° 36** – Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus. Brasília – DF 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

Copyright, Connection Research, 2003. Disponível em: www.connectionresearch.com.br. Acesso em: 04 de fevereiro de 2015.

Mancia G, LaurentS, Agabiti-RoseiE, et al .reappraisal of European guidelines on Hypertension management: a European society of hypertension task force document. **JHypertens** 2009; 27:2121

Starfield,B.;Hyde,J.;Gervas,J.;Heath,I.The concept of prevention: a good idea gone astray? **JEpidemiol Community Health**, England, v.62, n.7, p.580-583, 2008

The seventh Report of the joint National Committee on Pre-vention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (JNC 7), JAMA 289:2560-71, 2003

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo 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 Projeto de Intervenções, 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 Projeto de Intervenções, 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

