

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na UBS Centro, Formigueiro, RS**

Edeine Rodriguez Santana

Pelotas, 2015

Edeine Rodriguez Santana

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na UBS Centro, em 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.

Orientador: Christiane Luiza Santos

Pelotas, 2015

S232m Santana, Edeine Rodriguez

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Centro, Formigueiro, RS / Edeine Rodriguez Santana; Christiane Luiza Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

87 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. Santos, Christiane Luiza, orient. II. Título

CDD : 362.14

Resumo

SANTANA, Edeine Rodriguez. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Centro, em Formigueiro, RS.** 2015. 86f. 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 no 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 Centro, 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 guiarem 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, 180 hipertensos e 83 diabéticos foram assistidos, o que permitiu o alcance de um percentual de cobertura de 54,7% para usuários hipertensos e de 41,1% para usuários diabéticos. As principais ações desenvolvidas durante a intervenção foram: capacitação e treinamento 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 Centro no município Formigueiro/Rio Grande do Sul.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde na UBS Centro. Formigueiro – RS. 2015.....	56
Figura 2	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde na UBS Centro, Formigueiro- RS. 2015.....	57
Figura 3	Gráfico de proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Centro, Formigueiro – RS.....	58
Figura 4	Gráfico de proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Centro, Formigueiro - RS. 2015.....	58
Figura 5	Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Centro, Formigueiro - RS. 2015.....	59
Figura 6	Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Centro, Formigueiro - RS. 2015.....	60
Figura 7	Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS centro Formigueiro, RS 2015.....	62
Figura 8	Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS centro Formigueiro, RS 2015.....	63
Figura 9	Gráfico da proporção de hipertensos faltosos a consultas com busca ativa na UBS centro Formigueiro, RS 2015.....	64
Figura 10	Gráfico da proporção de diabéticos faltosos a consultas com busca ativa na UBS centro Formigueiro, RS 2015.....	65
Figura 11	Gráfico da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS centro Formigueiro, RS 2015.....	66
Figura 12	Gráfico da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS centro Formigueiro, RS 2015.....	67
Figura 13	Gráfico da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS centro Formigueiro, RS 2015.....	69
Figura 14	Gráfico da proporção de diabéticos com orientação sobre alimentação saudável na UBS centro Formigueiro, RS 2015.....	70
Figura 15	Gráfico da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS centro Formigueiro, RS 2015.....	71
		72

Figura 16	Gráfico da proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS centro Formigueiro, RS 2015.....	73
Figura 17	Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS centro Formigueiro, RS 2015.....	74
Figura 18	Gráfico da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS centro Formigueiro, RS 2015.....	75
Figura 19	Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS centro Formigueiro, RS 2015.....	76
Figura 20	Gráfico da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS centro Formigueiro, RS 2015.....	77

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
CEO	Centro Especializado em Odontologia
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	14
2Análise Estratégica.....	15
2.1 Justificativa	15
2.2Objetivos e metas	17
2.2.1 Objetivo geral	17
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	17
2.3 Metodologia	19
2.3.1 Detalhamento das ações	19
2.3.2Indicadores.....	42
2.3.3. Logística.....	49
3.4Cronograma	52
3 Relatório da Intervenção	54
3.1Ações previstas e desenvolvidas	54
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	55
3.3Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	55
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	56
4 Avaliação da intervenção	57
4.1 Resultados	57
4.2 Discussão	74
4.3 Relatório da intervenção para gestores	76
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	78
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	80
Referências	81
Anexos	82

Apresentação

O volume deste Trabalho de Conclusão de Curso está organizado em cinco estruturas que contemplam cada uma das unidades que conformam o Projeto Pedagógico proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) para a Especialização em Estratégia de 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 e a elaboração do 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.

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.

1Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho na ESF Centro do município de Formigueiro que tem uma população de 5000 habitantes. A unidade de saúde conta com todas as características para prestar um bom serviço: tem sua sala de espera, recepção, sala de vacinação, sala de curativo, sala de consulta, sala de preventivo, consultório odontológico, banheiro para usuário e funcionário. A equipe é formada pelo médico, enfermeira, técnico de enfermagem, secretária, agente comunitário de saúde (quatro), faxineira, odontologista. Além disso, temos ginecologista, psicólogo, pediatra e fisiatra, os quais nos permitem fazer um melhor acompanhamento aos usuários.

Trabalho de terça à sexta-feira no atendimento clínico e, um turno à tarde para realizar as visitas domiciliares aos usuários agendados pelos agentes comunitários de saúde. Cumpre-se com os protocolos de tratamento e seguimento aos usuários e grupos prioritários como: pré-natal, puericultura, hiperdia, usuários especiais e idosos.

Isto nos permite fazer um melhor seguimento aos grupos priorizados e mudar condições e estilo de vida, assim como o correto tratamento. Além disso, nos permite um olhar para as condições sociais que podem vir a impedir sua melhoria, e na medida do possível, modificá-la para o seu melhor bem-estar.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Formigueiro no Rio Grande do Sul tem uma estimativa de 7600 habitantes. Conta com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e três unidades de saúde Estratégia de Saúde da Família, que foram construídas para esta finalidade. O município ainda conta com atenção especializada como traumatologia, oftalmologia, cardiologia, neurologia, pneumologia, cirurgia, otorrinolaringologia, dermatologia, gastroenterologia e nefrologia, as quais são ofertadas no hospital universitário de Santa Maria (RS). A psiquiatria, ginecologia, pediatria e psicologia são ofertadas no mesmo município. O serviço hospitalar é ofertado no Hospital Pedro. J. Calil onde são desenvolvidas ações de cirurgia menor, internação, Emergência e Urgência. Os exames complementares são realizados em clínicas particulares através de convênio com o SUS, realizando exames sanguíneos, fezes, urina e tecnologia avançada. No município também são realizados ultra cenografia e eletrocardiograma, e os demais exames de imagem são realizados no hospital de Santa Maria e outros municípios para os quais são disponibilizados transporte através da secretaria da saúde. O município não tem disponibilidades de NASF e de CEO.

A unidade ESF foco deste relatório é uma unidade urbana com vínculo com o SUS, consta com uma equipe de saúde formada pelo médico clínico geral, enfermeira, técnico de enfermagem e quatro ACS, ainda não está completa, pois faltam dois ACS. Existe ainda um ginecologista, pediatra, nutricionista, fisioterapeuta, odontologista, assistente social e psicóloga que são concursados pela prefeitura e trabalham como referência para o município todo.

Com relação à estrutura física, é adequada, pois a unidade de saúde foi construída para esta função e está em funcionamento há 12 anos. A unidade tem área geográfica de abrangência definida. Neste momento está sendo realizada a atualização do cadastro da população. Estruturalmente tem boas condições, cinco consultórios, quatro deles com banheiro, consultório odontológico, sala de espera, sala de vacina, sala de curativo, recepção e triagem. Faltam os espaços físicos como sala de esterilização, sala de reunião para ACS e farmácia. Estas ausências não dificultam o desenvolvimento do trabalho da ESF, pois os serviços de farmácias se realizam no hospital para alguns medicamentos, na farmácia popular municipal,

situada na secretaria de saúde, e nas farmácias popular presentes nas farmácias da comunidade.

A recepção, lavagem, descontaminação dos materiais da unidade e a esterilização estão sendo realizados no hospital que fica ao lado do prédio da unidade de saúde com fácil acesso. As reuniões com os agentes comunitários de saúde são realizadas uma vez por semana, às sextas-feiras na tarde (16 horas), após concluir os atendimentos do dia. É nesta atividade que se analisam e discutem todos os problemas de saúde, e logo se definem as estratégias para dar soluções aos problemas na semana próxima. Com relação às barreiras arquitetônicas, existe degrau no acesso, o que dificulta o ingresso de portador de deficiência no prédio, tem rampa alternativa para garantir o acesso de pessoa portadora de deficiência, mas não tem corrimão na escada, corredores e rampa que permitam o deslocamento seguro de deficientes visuais, e idosos. Dentro do espaço, têm dois banheiros para usuário e acompanhante, com capacidade para cadeirantes, uma sala de espera com capacidades para trinta pessoas e sala de vacina.

Neste momento a equipe está realizando o cadastramento de toda a área abrangente, estabelecendo as visitas domiciliares e criando os grupos para as ações de promoção e prevenção. Até o momento já está formado o grupo dos Idosos, Hipertensos e Diabéticos, além do agendamento das consultas dos grupos populacionais prioritários para o seu acompanhamento como preconizado.

A unidade de saúde tem uma estimativa populacional, segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP), de 3160 habitantes. Há uma estimativa de 47 gestantes, 38 crianças menores de um ano, 871 mulheres entre 25 e 64 anos, 430 usuários com 60 anos ou mais de idade.

Em relação ao atendimento da demanda espontânea a unidade realiza o acolhimento de toda a demanda espontânea que chega a unidade de saúde. Primeiro são recebidos pela recepcionista, onde se preenchem as fichas e então acolhidos pela enfermeira ou técnico de enfermagem e é realizada a triagem, em dependência da causa de consulta é acolhido pelo médico para dar solução ao problema de saúde que tem os usuários. Não existe excesso de demanda espontânea

Em relação à saúde da criança faixa etária de 0-72 meses estas são acompanhadas nas consultas programadas pelo pediatra. Além disso, são atendidas todas as situações de demanda espontânea e também tem acompanhamento

domiciliar pela equipe para os casos necessários. Observou-se uma urgência em se melhorar a qualidade dos registros e planejamento de ações e atividades de educação em saúde e a participação dos diferentes membros da equipe. Temos cadastrados até o momento 28 crianças menores de um ano (sendo que o CAP estimava 38, ou seja, uma estimativa de cobertura de 74%) e 189 de um ano a seis anos. As consultas de puericultura estão centradas no pediatra que trabalha no município e nós fazemos acompanhamento através da visita domiciliar e quando vem à consulta por problemas agudo de saúde. Na unidade não existem registro e nem cadastro que nos permita ter um bom controle ou estimativas corretas da população nestas faixas etárias, não são realizadas atividades de educação de saúde, nem de grupo. A enfermeira realiza a triagem das crianças para depois passar a consulta com a pediatra, não existe profissional responsável pelo monitoramento, planejamento, nem avaliação do programa. O odontologista só realiza atendimento de consulta se a criança apresenta um problema agudo de saúde bucal.

Em relação à atenção ao pré-natal a primeira consulta é feita pelo médico clínico geral onde se realiza o diagnóstico da gravidez e se solicita todos os exames complementares e se encaminha para o ginecologista, de ali são acompanhadas pela equipe em visita domiciliar. Até o momento temos uma estimativa de 13 gestantes cadastrada na área de abrangência, apesar do CAP ter estimado 47 gestantes. Sendo assim, o percentual de cobertura está em 27%. Não se realiza atividade de educação em saúde, e não há o registro do SIPRENATAL. A enfermeira realiza a triagem no dia da consulta, e só tem atendimento odontológico quando precisam por problemas agudos. Não existe profissional responsável pela avaliação e planejamento do programa. Em relação ao puerpério, as primeiras consultas são feitas pelo ginecologista que faz o acompanhamento até a alta, a equipe só realiza atendimentos a demandas agudas e acompanhamento domiciliar. Temos uma estimativa de 25 puérperas cadastradas, apesar do CAP ter estimado 38, o que apresenta um percentual de cobertura de 66%. As ações de saúde são ofertadas nas consultas com o ginecologista e na visita domiciliar.

Um dos programas preventivos de muita importância como Câncer do Colo Uterino e de Câncer de Mama, é realizado pela enfermeira e temos uma estimativa de 337 mulheres entre 25-64 mulheres nesta faixa etária cadastrada, com citologia realizada 224 mulheres e citologia alterada 4 exames. Apesar de se ter um controle para este programa ainda não está atualizado pelo qual dificulta o levantamento dos

dados. Os dados que possuímos não coincidem com os estimados pelo CAP que estimou 871 mulheres para esta faixa etária, apresentando um percentual de cobertura de 39%. As ações de educação são feitas pela enfermeira no momento da realização do preventivo e é indicado o exame de mamografia também. As usuárias com citologia alterada ou infecções são encaminhadas para consulta com clínico geral onde é avaliada e se toma a conduta necessária. Do mesmo modo ocorre com as mulheres quando vem com resultados da mamografia. Em relação às mulheres de entre 50 e 69 anos residentes na área para a prevenção do câncer de mama, não temos o registro de quantas mulheres estão cadastradas na unidade. O percentual estimado pelo CAP para a área é de 326 mulheres nesta faixa etária. Sendo assim, não há como identificar o percentual de cobertura para este acompanhamento.

Em relação aos Hipertensos, Diabéticos e idosos temos procurado incorporar as reuniões de grupo participando 45 usuários, acompanhamento mensal em consulta e aumentar a cobertura de consulta e visita domiciliar. Temos cadastrado até o momento 329 hipertensos e 82 diabéticos. O CAP estimou 706 hipertensos e 202 diabéticos para a área, perfazendo um percentual de cobertura de 47% e 41%, respectivamente. Os indicadores de qualidade não foram possíveis de avaliar pela ausência de registros adequados. Na consulta são avaliados o peso, a circunferência abdominal, fatores de risco, resposta ao tratamento e exame complementares que são feitos uma vez ao ano. Não temos registro na ESF que nos permita conhecer a estimativa que temos na área. A consulta é feita mensalmente pelo clínico geral, bem como a reunião de grupo. A reunião de grupos conta com a participação do médico, enfermeira, técnico em enfermagem, nutricionista e Agentes comunitários de Saúde. Não temos profissional responsável pela avaliação, monitoramento e planejamento dos programas.

As consultas dos idosos são feitas por demanda espontânea, por visita domiciliar agendada pelo ACS uma vez por semana e atendimento por doenças crônicas. São realizadas atividades de promoção e prevenção de saúde na sala de espera e reuniões de grupo. Sabemos que temos cadastrados 229 usuários de 60 anos ou mais, porém o CAP estimou 430 idosos. Isto perfaz um percentual de cobertura de 53%. Não foi possível avaliar os indicadores qualitativos, pois não temos os dados das ações realizadas.

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

Comparativamente com o texto postado na segunda semana de ambientação, nos damos conta que a realidade de nossa ESF é outra muito diferente, que foram encontradas muitas dificuldades em relação aos seguimentos dos grupos prioritários, e que é um desafio da equipe mudar todas as deficiências encontradas para o melhor acompanhamento dos usuários. A falta de registro nos permitiu ver onde ficam as principais dificuldades no trabalho na ESF e quantas coisas ainda temos que fazer em nossa ESF para melhorar, como a falta de um profissional que se responsabilize pelo planejamento e avaliação dos programas prioritários pelo ministério. É preciso ainda alcançar um bom engajamento com a população e criar os grupos para as reuniões, realizar mais atividades de educação em saúde, e buscar as interações de todos os profissionais da equipe nas atividades desenvolvidas.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabete Mellitus (DM) estão inseridas no grupo de doenças crônicas não transmissíveis e são muito importantes também em razão da precariedade da assistência a população hipertensa e diabética no país, pois na estatística de saúde pública, percebe-se que uma alta prevalência e uma baixa taxa de controle. Além disso, são importantes problemas de saúde e fatores de risco para doenças cardiovascular, cerebral e renal crônica que são modificáveis (BRASIL, 2013a). As doenças cardiovasculares são importante causa de internação frequente e mortalidade, gerando alto custo econômico e aumento progressivamente e são a principal causa de morte no país representando cerca dos 31.2% dos óbitos de todo o país. A diabetes mellitus e a hipertensão arterial são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no SUS e representam mais da metade do diagnóstico primário em pessoa com insuficiências renal crônica submetida à diálise (BRASIL, 2013b).

O número de indivíduos com diabetes mellitus está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, assim como maior sobrevida dos usuários diabéticos (BRASIL, 2013a). Apesar de ser uma doença de identificação relativamente simples e pela eficácia de seu tratamento, que nada mais é que a elevação das cifras da cifra de glicose no sangue acima dos valores normais, há ainda uma quantidade elevada de usuários que chegam na ESF tanto por problemas de pressão arterial e como com valores de glicose alta, o que denota uma ausência de controle e registro no seguimento destes usuários. Somado a isso há inter-relação nestas duas doenças que justificam escolha deste foco para a intervenção na comunidade.

Trabalho numa ESF mista que tem boas condições estruturais para realizar a atenção médica. Possui uma rampa de acesso sem escada nem desnível, tem corrimão na rampa, o piso é antiderrapante que facilita o acesso de cadeirantes. Tem ainda uma sala de espera com capacidade para trinta usuários sentados onde se realiza o acolhimento aos usuários, uma sala de recepção, de vacina, triagem, curativo, uma sala de enfermagem, nebulização, banheiro para usuário. A unidade possui quatros consultórios médicos, sendo três deles com banheiro e um consultório de odontologia. A equipe está composta por um clínico geral, enfermeira, auxiliar e técnico de enfermagem e quatros Agentes Comunitários de Saúde, mas temos apoio de um Pediatra, Psicóloga, Ginecologista e Obstetra, Nutricionista, Fisioterapeuta e Assistente Social que são concursados pela prefeitura.

Temos uma população de 3160 habitantes na área Temos cadastrado até o momento 329 hipertensos e 82 diabéticos. O CAP estimou 706 hipertensos e 202 diabéticos para a área, perfazendo um percentual de cobertura de 47% e 41%, respectivamente. Os indicadores de qualidade não foram possíveis de avaliar pela ausência de registros adequados. Na consulta são avaliados o peso, a circunferência abdominal, fatores de risco, resposta ao tratamento e exame complementares que são feitos uma vez ao ano. Não temos registro na ESF que nos permita conhecer a estimativa que temos na área. A consulta é feita mensalmente pelo clínico geral, bem como a reunião de grupo. A reunião de grupos conta com a participação do médico, enfermeira, técnico em enfermagem, nutricionista e Agentes comunitários de Saúde. Não temos profissional responsável pela avaliação, monitoramento e planejamento dos programas.

Atualmente se trabalha com agendamento das consultas aos portadores de HAS e DM, se realiza visita domiciliar e ações de promoção de saúde como reuniões e palestras. Para a equipe de saúde foi muito difícil preencher o caderno de ações programáticas já que muitas das informações solicitadas não foram respondidas pelas ausências de registros. Foram conformados grupos mistos na população para a realização de ações educativas e foi instituída a busca ativa dos faltosos às consultas, assim como na visita domiciliar feita por a equipe. Toda a equipe está envolvida neste trabalho e como limitação se tem a não terminação do cadastro da população. Esta intervenção é muito importante já que permitirá conhecer a prevalência destas doenças na área de abrangência, também para traçar melhores ações terapêuticas e educativas para evitar complicações e melhorar a qualidade de

vida destes usuários, assim como sua integração à sociedade. Devido a alta prevalência de HAS na população e ao evidente grau de descontrole dos usuários hipertensos e diabéticos nos propusemos realizar esta intervenção para melhorar as condições de saúde e vida desta população adstrita, reduzir a morbimortalidade relacionada as doenças cardiovasculares, cerebral e insuficiência renal crônica; e diminuir o custo médico e socioeconômico relacionado ao mau controle destes usuários.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

- Melhorar da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Centro, em Formigueiro, RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Registro. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promoção de saúde. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Centro, no Município de Formigueiro, RS. Participarão da intervenção todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área adstrita da comunidade.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.1 Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial na unidade de saúde.

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

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

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

Detalhamento: O acolhimento será realizado pela enfermeira diariamente a todo hipertenso que chegar à unidade

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

Detalhamento: O médico solicitará para a gestão que os materiais estejam em quantidade suficiente e que sejam aferidos dentro do prazo estipulado pelo fabricante.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: 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.

Detalhamento: Isso será feito pela equipe de saúde composta pelo médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde nas atividades educativas que são feitas, como palestra, reunião de grupos mensal, acolhimento aos usuários na consulta diárias e visita domiciliar que são realizadas semanalmente pelo médico e enfermeira e diárias pelos agentes comunitários de saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: 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 orientará as principais informações de devem obter sobre os pacientes hipertensos.

Meta 1.2 Cadastrar do 50% dose diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: Os monitoramentos do número de cadastros serão feitos pelo médico e enfermeira através da revisão dos registros semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: O registro dos hipertensos será realizado pelo médico nas fichas espelhos sempre que estes realizarem consultas.

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

Detalhamento: O acolhimento será realizado pela enfermeira diariamente a todo hipertenso que chegar à unidade.

Ação: Garantir material adequado para hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico solicitará a gestão que os materiais estejam em quantidade adequada e que sejam aferidos dentro do prazo estipulado pelo fabricante.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Diabetes Milito da unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Isso será feito pela equipe de saúde composto 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.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: 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.

Detalhamento: 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 orientarão as principais informações sobre os pacientes 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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertenso. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Dispor de 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 pacientes, além de organizar a capacitação da equipe nas reuniões da equipe. Será solicitada a secretaria de saúde para dispor a versão impressa do protocolo de atendimentos a pacientes hipertensos na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: orientar os pacientes 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 pacientes e comunidade sobre fatores de risco cardiovascular.

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 clínico apropriado semanalmente nas reuniões da equipe.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes 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.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabético. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Dispor de 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 pacientes, além de organizar a capacitação da equipe nas reuniões da equipe. Será solicitada a secretaria de saúde para dispor a versão impressa do protocolo de atendimentos a pacientes diabéticos na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: orientar os pacientes 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 da paciente na unidade de saúde são os responsáveis de orientar aos pacientes 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.

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 clínico 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.

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 Hipertensão com uma periodicidade mensal.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

paciente mensalmente, o demais exame tem que ser feito pelo paciente em laboratório privado.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

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.

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 mensalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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. Mensalmente. A secretaria garante três exames por paciente, outros exames devem ser feitos pelo paciente no laboratório privado.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

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.

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 pacientes que retiram medicamentos nas farmácias populares mensalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Realizar controle de estoque de medicamentos e manter um registro na unidade de saúde da necessidade 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.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar os pacientes 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

saúdes. Além de realizar estas orientações na reunião de grupos mensais e palestras que forem realizadas.

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.

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, prontosuários e na consulta para controle dos pacientes que retiram medicamentos na farmácia popular mensalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Realizar controle de estoque de medicamentos e manter um registro na unidade de saúde da necessidade 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

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar os pacientes 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 saúdes. Além de realizar estas orientações na reunião de grupos mensais e palestras que forem realizadas

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.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O médico fará revisão na consulta mediante o exame bucal a todos os pacientes.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Será feito por o médico na consulta de acompanhamento dos pacientes.

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

Detalhamento: O médico encaminha para agendamento de consulta pelo odontologista.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: A equipe de saúde realizará as orientações nas palestras, visitas domiciliares e reuniões de grupo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Responsável o médico. Semanalmente na reunião de equipe.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O médico fará revisão na consulta mediante o exame bucal dos pacientes.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Será feito por o médico na consulta de acompanhamento dos pacientes.

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

Detalhamento: O médico encaminha para o odontologista e a paciente agenda sua consulta.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: A equipe de saúde realizará as orientações nas palestras, visitas domiciliares e reuniões de grupo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Responsável o médico. Na reunião de equipe semanal.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: O médico e a enfermeira darão a conhecer aos ACS semanal mente os faltoso 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

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

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.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

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

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.

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

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.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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 pacientes 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.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

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.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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 pacientes 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.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

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.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: o médico realizara um registro dos pacientes 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 pacientes estratificado como alto risco de doenças cardiovascular para seu atendimento em consulta.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

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.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: o médico realizara um registro dos pacientes 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 pacientes estratificado como alto risco de doenças cardiovascular para seu atendimento em consulta.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

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.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: O médico realizara monitoramento na consulta y visita domiciliar e revisão do registro sobre orientação nutricional aos pacientes hipertensos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: As práticas coletivas sobre alimentação saudável serão realizadas 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.

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.

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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: As práticas coletivas sobre alimentação saudável serão realizadas 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.

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.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a realização de orientação para atividades física regular aos hipertensos.

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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.

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.

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.

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.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a realização de orientação para atividades física regular aos diabéticos

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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.

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.

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.

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

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 pacientes hipertenso sobre orientação de risco de tabagismo nas consultas e visita domiciliar, através dos registros.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

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.

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 consulta visita domiciliar semanal, ACS na visita domiciliar diária e toda a equipe na reunião de grupo mensal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a existência de tratamentos para pacientes 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 paciente tabagista.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

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.

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a existência de tratamentos para pacientes 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 paciente tabagista.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira são os responsáveis de monitorar as orientações sobre higiene bucal aos pacientes hipertensos na consulta e visita domiciliar.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Organizar tempo médio de consulta com a finalidade de garantir orientação individual.

Detalhamento: O médico é o responsável na consulta orientando a todos os pacientes que precisarem de atendimento odontológico assistir a consulta de odontologia.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: O médico e enfermeira são os responsáveis da capacitação da equipe semanalmente na reunião da equipe sobre higiene bucal.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira são os responsáveis de monitorar as orientações sobre higiene bucal aos pacientes diabéticos que precisarem de atendimento odontológico, na consulta e visita domiciliar.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Organizar tempo médio de consulta com a finalidade de garantir orientação individual.

Detalhamento: o médico é o responsável, na consulta orientando a todos os pacientes que precisarem de atendimento odontológico assistir a consulta de odontologia.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: O médico e enfermeira são os responsáveis da capacitação da equipe semanalmente na reunião da equipe sobre higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Registro. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1. 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. Promoção de saúde. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3. Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, vamos adotar o Manual Técnico de Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério de Saúde (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b). Utilizaremos os prontuários dos usuários, os registros da unidade de saúde e a ficha espelho ofertada pelo curso para coleta dos dados necessários para o monitoramento da intervenção. Estimamos alcançar 50% de todos os hipertensos e diabéticos cadastrados. Iremos contatar o gestor municipal para disponibilizar as quantidades de fichas espelho necessárias que serão anexadas aos prontuários para o acompanhamento mensal da intervenção e repasse semanal para a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro do programa, a enfermeira separou um arquivo específico para guardar os prontuários e fichas espelho dos hipertensos e diabéticos. Sendo que ela e o médico revisarão estas para analisar os usuários que possuem consultas em atraso, exame clínico, exames complementares em atraso, acesso aos medicamentos da farmácia popular e os que necessitarem de atendimento odontológico. Para facilitar a identificação de atraso será criado um sistema de alerta que identificará os usuários em atraso. O médico e a enfermeira farão monitoramento dos prontuários, e repassarão aos ACS os faltosos às consultas para a busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos e, agendamento de nova consulta.

As buscas ativas serão feitas após a análise semanal dos dados pela enfermeira e pelo médico. Estes informarão semanalmente aos ACS os faltosos e estes, então, farão a busca ativa de todos os usuários em atraso. Para comportar os usuários advindos das buscas ativas será separado um número de consultas por mês segundo a quantidade de usuários captados pelo ACS na busca ativa, os quais informarão na reunião da equipe semanal.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pelo técnico de enfermagem e enfermeira que preencherão o cadastro, a ficha espelho, realizarão aferição de pressão arterial em toda a população maior de 18 anos, peso, altura, perímetro abdominal e hemoglicoteste a todo usuário com níveis pressóricos acima de 135/80mmhg. Todos os usuários com demandas

agudas serão atendidos no mesmo turno, e todos sairão da ESF com consulta agendada.

Para garantir materiais adequados (esfignonamômetro, 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 ao administrador a situação dos mesmos e se há necessidade de reposição. Far-se-á um estoque de medicamentos o qual será controlado semanalmente pela enfermeira, e se realizará uma solicitação à secretaria de saúde segundo as necessidades.

Em relação aos exames complementares alternativas e conversas estão sendo iniciadas com a gestão, pois serão solicitados muitos exames complementares. E a secretaria só libera, atualmente, três exames por usuário. Os demais exames serão realizados nos serviços privados pelos usuários.

Para que as ações em saúde bucal sejam realizadas, se capacitará semanalmente toda a equipe na reunião para dar orientações da importância da higiene bucal aos usuários e familiares. Esta capacitação será realizada na reunião mensal, na visita domiciliar semanal pelo médico e enfermeira e, diariamente pelos ACS. O médico realizará avaliação da saúde bucal em todos os usuários, aqueles que necessitarem atendimento serão encaminhados para a consulta com o odontologista.

Para informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, assim como da importância de aferir a pressão arterial em toda a população maior de 18 anos e do hemoglicoteste na população com níveis pressóricos maiores que 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 e etc.

As visitas domiciliares serão realizadas semanalmente pelo médico, enfermeira e técnico de enfermagem. Além das visitas diárias que os agentes comunitários de saúde realizam, há as reuniões de grupos que acontecem mensalmente onde participam nutricionista, médico geral, enfermeira e preparador físico: realizadas todas as terças quarta-feira de cada mês, nos quais são

apresentados materiais educativos fornecidos pelo profissional encarregado em ministrar o encontro.

Começaremos a intervenção com a capacitação da equipe de saúde e ACS sobre o manual técnico de Atenção de hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na ESF toda sexta-feira às 16h00hs na reunião da equipe, onde o médico e a 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 Hipertensão, necessidade de avaliação odontológica, exame clínico 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.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Em relação às ações que estavam previstas e foram realizadas podemos mencionar que 100% destes usuários tiveram seus exames clínicos realizados de acordo com o preconizado pelo protocolo adotado. Além disso, 100% deles tiveram acesso a medicamentos da lista de hiperdia da farmácia popular, a estratificação dos fatores de risco cardiovascular, orientação sobre alimentação saudável, atividade física regular e higiene bucal. Ação estas realizadas totalmente. Das ações realizadas parcialmente podemos dizer que 161 (89,4 %) dos hipertensos foram orientados contra o tabagismo e 72 (86,7%) dos diabéticos este número não foi de 100% porque não eram fumantes e não tinham tabagistas nas suas famílias ou que moravam com eles que praticarem este mal habita, portanto não foram orientados em relação ao tema de modo mais direto. Além disso, 100 % dos diabéticos foram avaliados pelo odontologista e 100% dos hipertensos.

Um grande avanço se deu em relação a solicitação dos exames complementares, que antes da intervenção só se podia solicitar três exames por mês para cada usuário, com uma conversa com a gestão foi ampliado este número e 75,9% dos usuários diabéticos tem exame complementar realizado de segundo o protocolo e 66,7% dos hipertensos. Além disso, foram indicados exames complementares aos 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados. As diferenças encontradas são devido aos usuários que não voltaram com os resultados dos exames complementares e os que forem solicitados no mês ultimo da intervenção.

No primeiro mês da intervenção foram realizadas todas as reuniões da equipe, nas quais apresentamos o projeto da intervenção, e realizando as capacitações segundo o cronograma para o desenvolvimento do projeto. A equipe ficou muito motivada e rapidamente aceitou participar da intervenção, além de

demonstrarem interesse em mudar a realidade dos que estava acontecendo com o Hiperdia na área de abrangência e que o maior beneficiário será a população.

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

Tudo estava funcionando bem até a segunda semana do segundo mês. A partir dali os agentes de saúde tiveram que refazer o cadastro do Programa Bolsa Família de sua área de abrangência. Isto ocorreu porque o município mudou área de abrangência do posto centro em decorrência de novo concurso para agente de saúde e elas tiveram que começar do zero na nova área. Esse foi um motivo pelo quais muitos usuários faltosos não foram buscados a pesar der visitado em varias ocasiões e estabelecer parcerias com os vizinhos e associação de moradores não foi possível fazer busca de todo os faltosos. Mas apesar de tudo. A intervenção continuou, embora com desenvolvimento lento. Também nesse mês, a enfermeira teve que sair da unidade de saúde por duas semanas para prestar apoio à unidade da área rural por não ter enfermeiro lá, também teve ACS de férias e licença, mas continuamos segundo o cronograma, só que nesse período não tivemos reuniões da equipe.

Apesar de algumas atividades ficarem comprometidas, como reuniões da equipe, busca ativa dos usuários faltosos e o cadastro dos usuários pelo agente de saúde que estava desenvolvendo o cadastro do Programa Bolsa Família, conseguiram alcançar bons resultados.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações foram desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não tivemos dificuldades em relação à coleta de dados e em transcrever as informações das fichas espelho para a planilha de coleta de dados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção foi incorporada à rotina de serviço, onde continuamos realizando cadastro de usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, solicitamos exame complementar segundo o protocolo, realiza-se exame clínico a todos os usuários, estratificação de fatores de risco para doenças cardiovasculares, busca ativa dos faltosos na visita domiciliar, acolhimentos aos usuários, atividade coletiva, palestra e de grupo, orientação sobre tabagismo, alimentação saudável, prática regular de atividade física e higiene bucal, avaliação pelo odontologista, capacitação e treinamento da equipe, assim como reuniões da equipe semanalmente. Além disso, o período da intervenção trouxe melhoria na adesão dos usuários aos tratamentos na farmácia populares.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou sobre a melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão e diabetes maiores de 20 anos, na UBS, Centro Formigueiro/RS.

Os dados utilizados para os cálculos dos indicadores foram aqueles estimados pela planilha de coleta de dados (Vigitel). Logo, foram estimados para a área 481 usuários com hipertensão e 119 usuários com diabetes.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da ESF centro de Formigueiro.

Meta 1.1: Cadastrar 50 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellittus da unidade de saúde.

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

A evolução deste indicador foi de 70 usuários cadastrados (14,6%) no primeiro mês, no segundo mês 134 (27,9%) usuários, e concluímos a intervenção com um total de 183 (37,4%) usuários. A meta de cadastrar 50% dos usuários

hipertensos não foi atingida, conforme a figura 2. Embora o empenho da equipe de saúde, especialmente dos ACS, que receberam ações de capacitação, e, a partir disso, realizaram palestras aos usuários e busca ativa dos faltosos não foi possível alcançar a meta. Além disso, na última etapa da intervenção apresentamos problemas com a equipe, que estava incompleta no último mês da intervenção: profissionais de férias, outros de licença, e ainda outros envolvidos com a campanha de vacinação Antigripal que acumulou o trabalho.

Entretanto, cabe ressaltar que a intervenção começou do “zero” e pôde qualificar a atenção prestada. Além disso, a medida que a intervenção ia avançando, os usuários começaram a procurar a equipe por demanda espontânea.

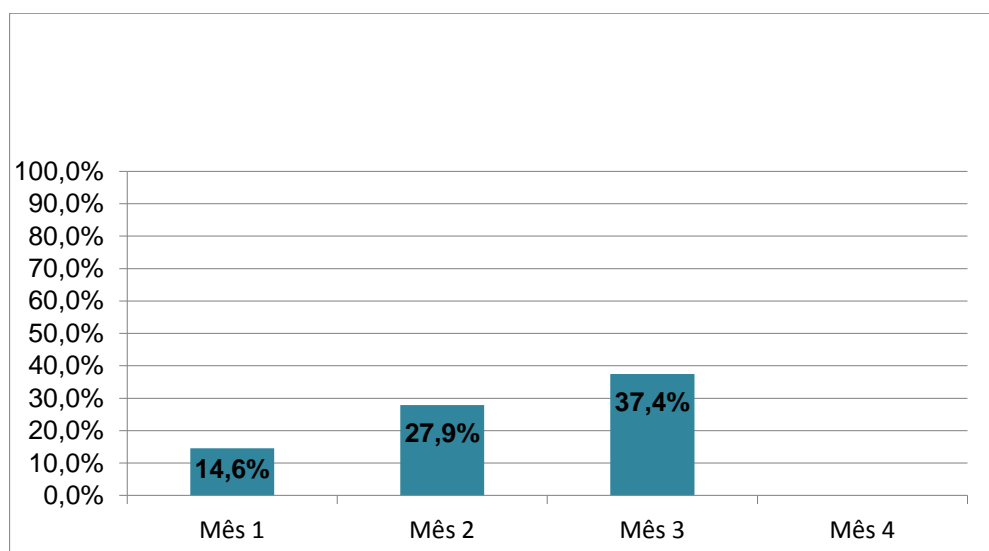


Figura 1. Gráfico de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde na UBS Centro. Formigueiro – RS. 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 50 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellittus da unidade de saúde.

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

A evolução desta meta foi de 37 usuários cadastrados para um total de 31,1% de cobertura no primeiro mês, no segundo mês 62 (25 usuários a mais) para um total de 52,1%, e concluímos o estudo com um total de 83 usuários para 69,7 %

ao final da intervenção. Sendo assim, foi possível ultrapassar a meta proposta de 50% dos usuários diabéticos, conforme apresentado na Figura 3.

Acredita-se que isto foi devido a capacitação da equipe, pelas atividades de educação e promoções de saúde, busca de faltosos, reunião de grupo e todo o esforço realizado pela equipe.

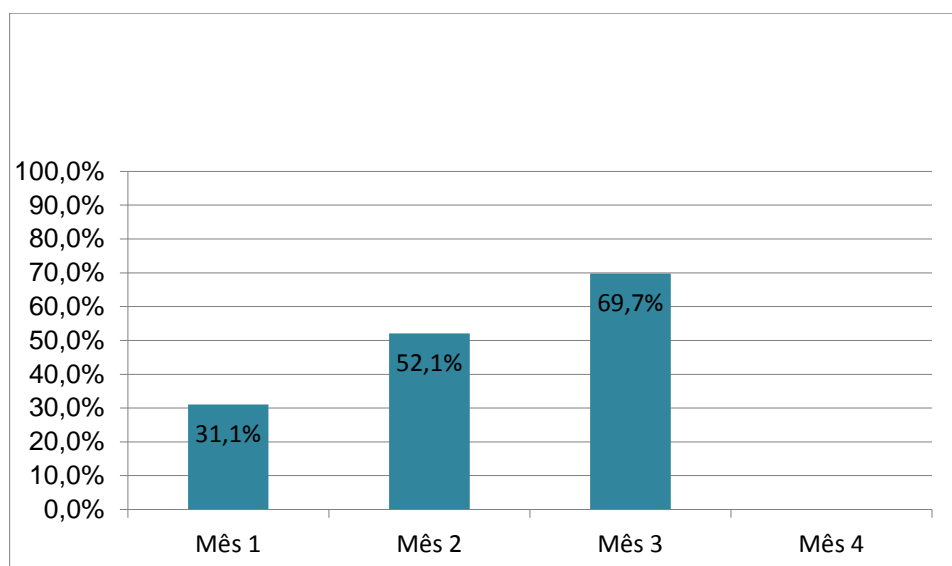


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde na UBS Centro, Formigueiro- RS. 2015.

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

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

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

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

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

A quantidade de hipertensos cadastrados na ESF com exame clínico em dia de acordo ao protocolo era pequena, na medida em que o cadastro foi sendo aplicado, conseguimos ir realizando o exame clínico de acordo com o protocolo. Atingindo 70 usuários para um total de 100% no primeiro mês, no segundo mês 134 usuários para 100 % e concluímos a intervenção com um total de 180 usuários (100 %) com exame clínico em dia.

Os diabéticos com exame clínico em dia de acordo ao protocolo no primeiro mês foram contabilizados 37 usuários para um total de 100% no segundo mês foram examinados um total de 62 usuários (100%) e no último mês da intervenção atingimos 100%, com um total de 83 pacientes com exame clínico em dia de acordo ao protocolo.

Dentre os fatores que permitiram alcançar esta meta foi o apoio recebido pela equipe, a capacitações realizadas à equipe e o bom trabalho desenvolvido pelos ACS que foram um pilar muito importante dentre desta intervenção.

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

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

Dos 180 hipertensos cadastrados ao término da intervenção, todos receberam solicitação dos exames complementares de acordo ao protocolo. Foram 70 usuários no primeiro mês, no segundo mês 134 usuários e no terceiro mês foram 180 usuários. Este indicador permaneceu em 100% nos três meses da intervenção.

Este mesmo comportamento do indicador foi observado no grupo de diabéticos. No primeiro mês foram 37 usuários examinados, no segundo mês 62 usuários e no terceiro mês 83 usuários (100%).

Esta meta foi possível atingir pelas ações desenvolvidas como reunião da equipe, capacitação da equipe, atividade de promoções de saúde e busca ativa das pessoas faltosas a consulta e ainda, apesar de ter solicitado todos os exames como o protocolo. Isto ocorreu devido ao fato de que no primeiro mês da intervenção a quantidade de exames liberados pela secretaria de saúde foi muito pouca e só aconteceram ao final do mês. Após negociar com a gestora municipal, foi possível liberar maior quantidade de exames. Outro ponto importante é que muitos exames solicitados ainda não retornaram para verificação.

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

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

Deste modo não atingimos a meta de 100% dos usuários diabéticos, apesar de ter solicitado todos os exames complementares de acordo ao protocolo.

Não foi possível atingir esta meta apesar de ter desenvolvido ações como reunião de equipe, capacitação da equipe, atividade de promoções de saúde e busca ativa das pessoas faltosas a consulta, apesar de ter indicado todos os exames do protocolo. E de forma análoga aos hipertensos, no primeiro mês da intervenção a quantidade de exames liberados pela secretaria de saúde foi muito pouco e só aconteceu ao final do mês. Depois de negociar com a gestora municipal, foi possível liberar maior quantidade de exames, mas o curto período da intervenção e a demora no retorno dos exames impactaram esta meta.

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

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

Dos hipertensos cadastrados 100% deles fazem uso de medicamentos fornecidos pelo SUS através das redes de farmácias populares para um total de 177 usuários. Sendo 70 usuários no primeiro mês (100%), 134 no segundo mês (100%), e 177 usuários cadastrados no último mês.

Foi possível atingir a meta devido as ações de capacitação da equipe, o trabalho dos ACS, e alto nível de comprometimento da equipe nesta intervenção.

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

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

Para os diabéticos, o número total de usuários que fazem uso de medicamentos fornecidos pelo SUS através das farmácias populares foi de 82 usuários nos três meses do estudo perfazendo 100%. Destes 37 usuários no primeiro mês (100 %), 62usuários (100 %) no segundo mês e ao final do estudo 82 usuários (100%).Foi possível atingir a meta devido as ações de capacitação da

equipe, o trabalho dos ACS, e alto nível de comprometimento da equipe nesta intervenção.

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

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

Em relação a avaliação de necessidade de atendimento odontológico para os usuários hipertensos, foram cadastrados 162 usuários em todo o estudo perfazendo 90,0% de cobertura, os quais foram distribuídos assim: no primeiro mês 41 usuários foram avaliados (58,6%), no segundo mês 116 usuários (86,6%) e no final do estudo 162 usuários (90,0%) cadastrados. Sendo assim, não foi possível atingir a meta devido aos usuários faltosos para a avaliação com o odontologista.

Não foi possível atingir a meta de 100% dos hipertensos cadastrados devido ao fato que no início da intervenção não tínhamos odontologista que estava de férias, mas esta logo foi incorporada e foi possível fazer parceria. Além do trabalho da equipe e os ACS para que nenhum usuário ficasse de fora desta avaliação, também contamos com a atividade de promoção feita na sala de espera, na triagem dos usuários e nas reuniões de grupo que foram realizadas.

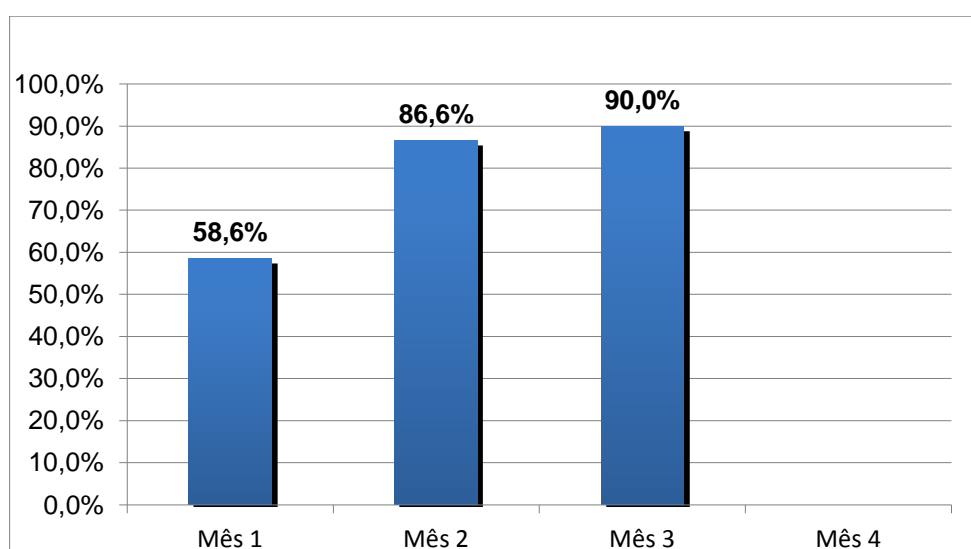


Figura 7. Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS centro Formigueiro, RS 2015.

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

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

Em relação a avaliação da necessidade de atendimento odontológico para os usuários diabéticos, foram cadastrados 83 usuários fazendo um total de 90,4% ao final do estudo, destes, 20 usuários no primeiro mês(54,1%), no segundo mês 54 usuários (87,1%) e no terceiro mês um total de 75 usuários (90,4%), não atingindo a meta devido aos usuários faltosos para a avaliação odontológica.

Não foi possível atingir a meta de 100% dos diabéticos cadastrados devido ao fato que no início da intervenção não tínhamos odontologista, pois esta estava de férias. Além do trabalho da equipe e os ACS para que nenhum usuário ficasse de fora desta avaliação, também foi pela atividade de promoção feita na sala de espera, na triagem dos usuários e nas reuniões de grupo que foram realizadas.

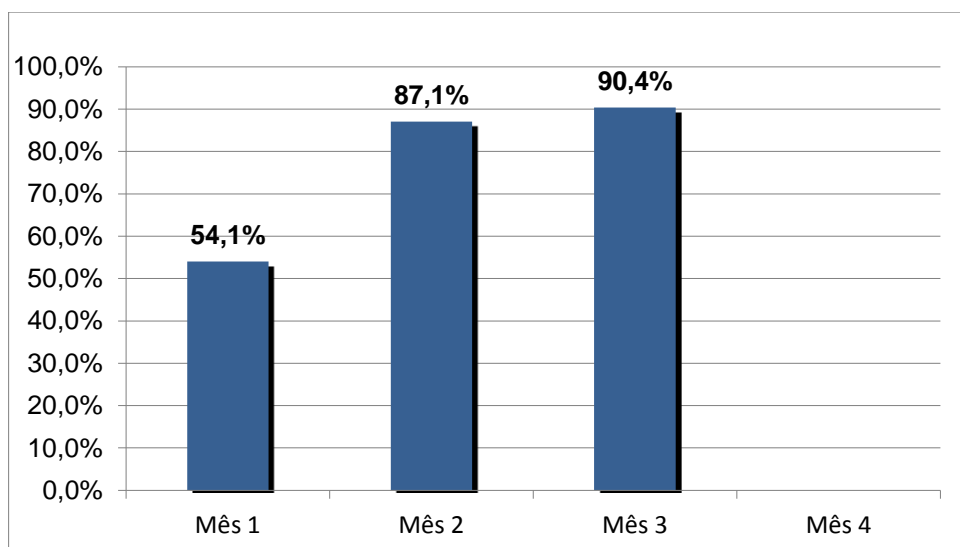


Figura 8. Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS centro Formigueiro, RS 2015.

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.

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

Em quanto a proporção de usuários hipertensos faltosos à consulta com busca ativa no primeiro mês, 24 usuários faltosos, destes 19 (79,2 %) usuários foram buscados, no segundo mês de 33 faltosos foi realizada busca ativa de 27 usuários (81,8%), e ao término do estudo atingimos um total de 37 (86,0%) faltosos que receberam busca ativa. Os seis usuários que faltaram estão fora do município e, portanto, não receberam busca ativa.

Esta meta não foi possível atingir devido ao fato de que quando foi feita busca ativa dos usuários pela equipe de saúde e ACS eles não estavam em sua casa. Além de ter sido feita a busca em várias ocasiões, a equipe trabalhou muito para localizar 100% dos usuários, mas não foi possível. Fizemos parceria com moradores da cercania e vizinhos, mas também não deu resultados.

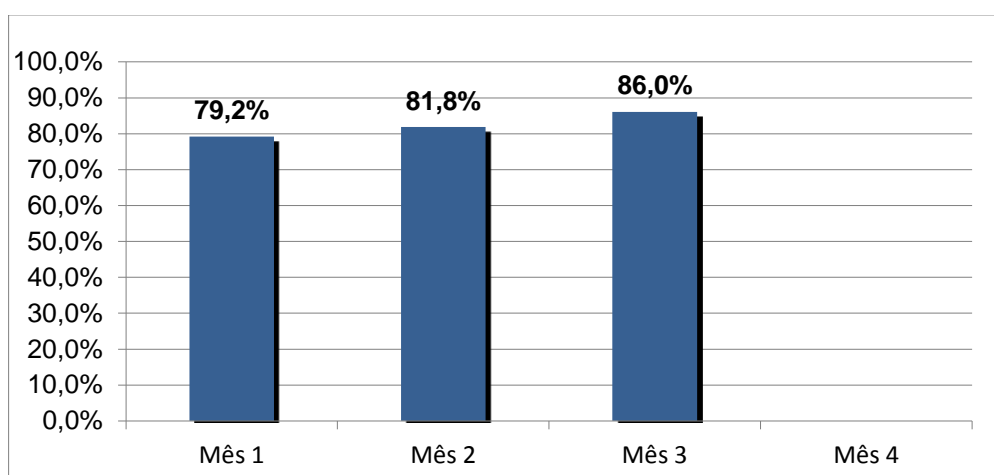


Figura 9. Gráfico da proporção de hipertensos faltosos a consultas com busca ativa na UBS centro Formigueiro, RS 2015.

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

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

Dos diabéticos faltosos à consulta, no primeiro mês 12 usuários faltaram e 6 (75%) receberam busca ativa. No segundo mês dos 14 faltosos atingimos 11 (78,6%), e no terceiro mês foram 15 usuários sendo 12 (80%) usuários buscados.

Esta meta não foi possível atingir devido ao fato que quando foi feita busca ativa dos usuários pela equipe de saúde e ACS eles não estavam em sua casa. Além de ter sido feita a busca em várias ocasiões, a equipe trabalhou muito para localizar 100% mas não foi possível, fizemos parceria com moradores da cercania e vizinhos, mas também não deu resultados.

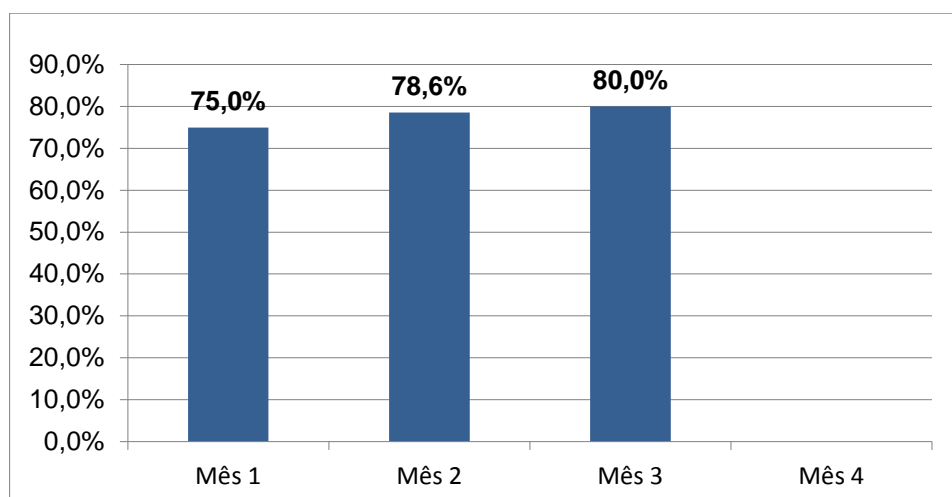


Figura 10. Gráfico da proporção de diabéticos faltosos a consultas com busca ativa na UBS centro Formigueiro, RS 2015.

Objetivo 4: Melhorar o registro da informação dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

A proporção de hipertensos com ficha de acompanhamento se manteve em 100% durante os três meses de intervenção. Foram avaliados 70 (100%) no primeiro mês, no segundo mês foram 134 (100 %) usuários, e no último mês foram 180 (100%) usuários avaliados.

Dos diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, no primeiro mês de 37 (100%) usuários cadastrados, no segundo mês 62(100%)

usuários cadastrados, e ao final do estudo 83(100%) usuários cadastrados tinham registro adequado na ficha de acompanhamento.

Isto foi possível por cada usuário ter a ficha de acompanhamento a todos os hipertensos cadastrados.

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

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

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

A proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular se manteve em 100% durante os três meses de intervenção. Foram avaliados 70 (100%) no primeiro mês, no segundo mês foram 134 (100 %) usuários, e no último mês foram 180 (100%) usuários avaliados.

Foi possível atingir a meta devido, pois todos os usuários cadastrados foram avaliados quanto à estratificação de risco cardiovascular. A equipe de saúde foi capacitada e todos os usuários foram informados da importância da realização da estratificação de risco cardiovascular. Foi muito bom o apoio recebido pela enfermeira e pelo técnico de enfermagem.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

Dos diabéticos com estratificação do risco cardiovascular durante o estudo todos 100% dos usuários foram avaliados durante os três meses. Foram 37 diabéticos no primeiro mês, no segundo mês foram 62 diabéticos e, no último mês foram 83 diabéticos avaliados.

Foi possível atingir a meta pelo fato de todos os usuários que foram cadastrados como diabéticos realizaram a estratificação de risco cardiovascular. A equipe de saúde foi capacitada e todos os usuários foram informados da importância da realização desta avaliação.

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

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

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

A orientação nutricional sobre alimentação saudável para os usuários hipertensos atingiu 100% ao fim de três meses. Em relação aos hipertensos foram 70 usuários no primeiro mês (97,3%), no segundo mês de 134 cadastrados (100%) e no último mês os 180 usuários cadastrados (100%).

Foi possível alcançar esta meta devido às capacitações realizada para a equipe de saúde que foram realizando atividades na sala de espera, durante a triagem de enfermagem, nas palestras realizadas na reunião de grupo que fazemos mensalmente, e na visita domiciliar feita pelo ACS diária e pela equipe semanalmente, contamos também com ajuda da nutricionista do município, a qual participou em todas as reuniões de grupo que foram realizadas.

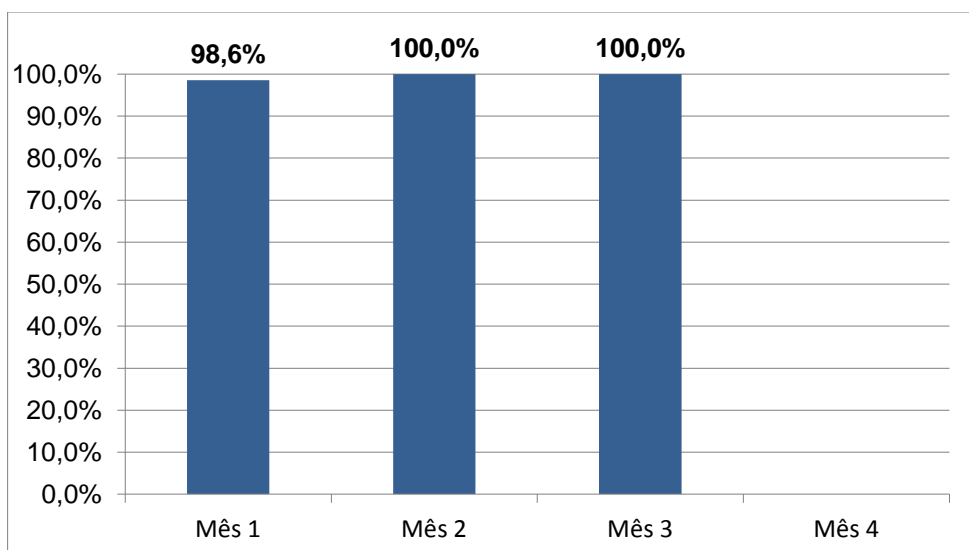


Figura 13. Gráfico da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS centro Formigueiro, RS 2015.

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

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

Em relação aos diabéticos a evolução foi a seguinte com 36usuários no primeiro mês (97,3%),no segundo mês os 62 usuários cadastrados (100%), e no último mês os 83 usuários cadastrados (100%) foram oportunamente informados.

Foi possível alcançar esta meta devido às capacitações realizada para a equipe de saúde que foram realizando atividades na sala de espera, durante a triagem de enfermaria, nas palestras realizadas na reunião de grupo que fazemos mensalmente, e na visita domiciliar feita pelo ACS diária e pela equipe semanalmente, contamos também com ajuda da nutricionista do município, a qual participou em todas as reuniões de grupo que foram realizadas.

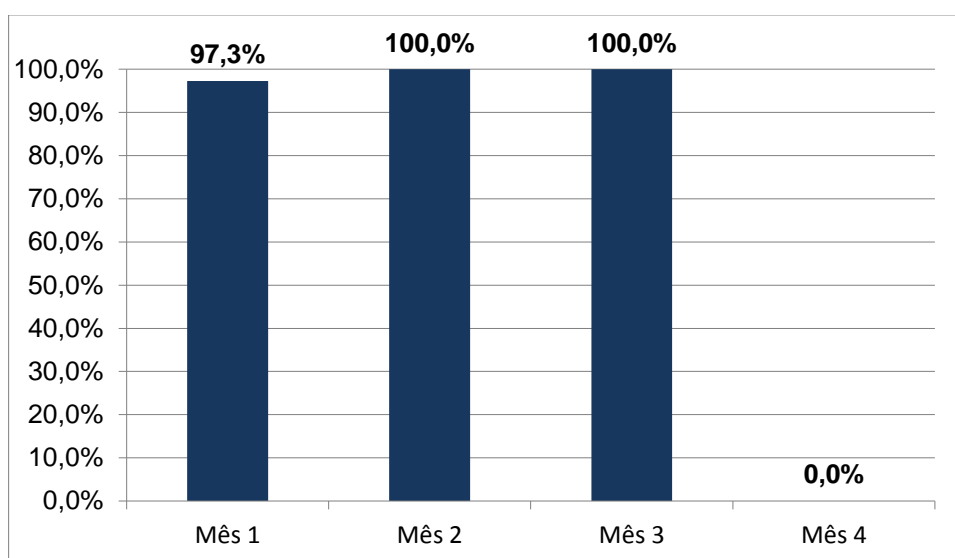


Figura 14. Gráfico da proporção de diabéticos com orientação sobre alimentação saudável na UBS centro Formigueiro, RS 2015.

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

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

Em relação a orientação sobre a prática de atividade física regular para os usuários hipertensos de 70 usuários cadastrados no primeiro mês 69 receberam

orientação(98,6%), no segundo mês de 134 usuários cadastrados todos receberam orientação sobre atividade física regular (100%), e no último mês do estudo de um total de 180 usuários todos receberam a informação e orientação pela equipe e preparador físico para 100%.

Foi possível alcançar esta meta devido às capacitações realizadas a equipe de saúde que foram realizando as mesmas na sala de espera, durante a triagem de enfermaria, nas palestras realizadas na reunião de grupo que fazemos mensalmente, e nas visitas domiciliares feitas pelo ACS diariamente e pela equipe semanalmente, contamos também com ajuda do preparador físico do município o qual participou em todas as reuniões de grupo que foram realizadas.

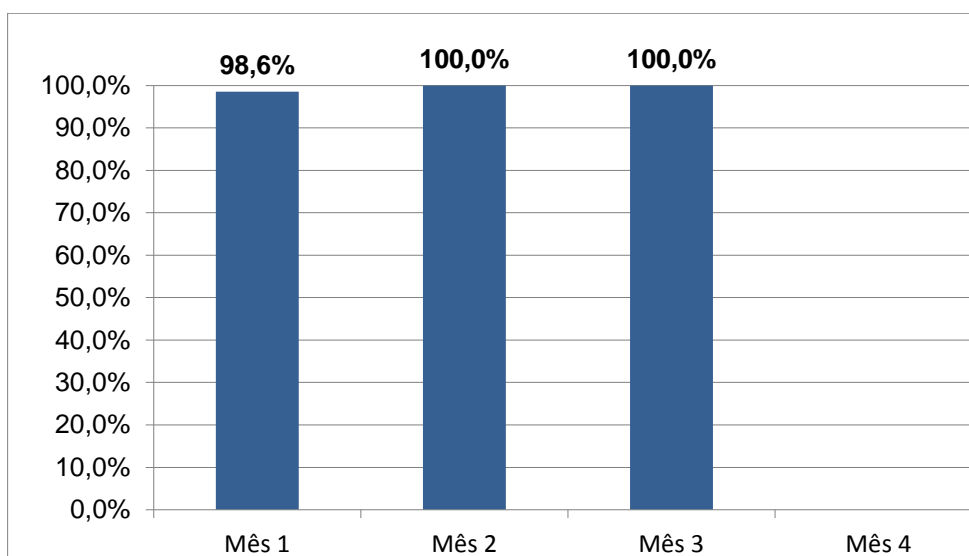


Figura 15. Gráfico da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS centro Formigueiro, RS 2015.

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

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

Em relação à orientação sobre a prática de atividade física regular para os usuários diabéticos de 37 usuários cadastrados no primeiro mês 36 receberam orientação para um total de 97,3 %, no segundo mês de 62 usuários cadastrados todos receberam orientação sobre atividade física regular (100 %), e no último mês

do estudo de 83 usuários (100%) todos receberam a informação e orientação pela equipe e preparador físico.

Foi possível alcançar esta meta devido às capacitações realizadas a equipe de saúde que foram realizando as mesmas na sala de espera, durante a triagem de enfermaria, nas palestras realizadas na reunião de grupo que fazemos mensalmente, e nas visitas domiciliares feitas pelo ACS diariamente e pela equipe semanalmente, contamos também com ajuda do preparador físico do município o qual participou em todas as reuniões de grupo que forem realizada.

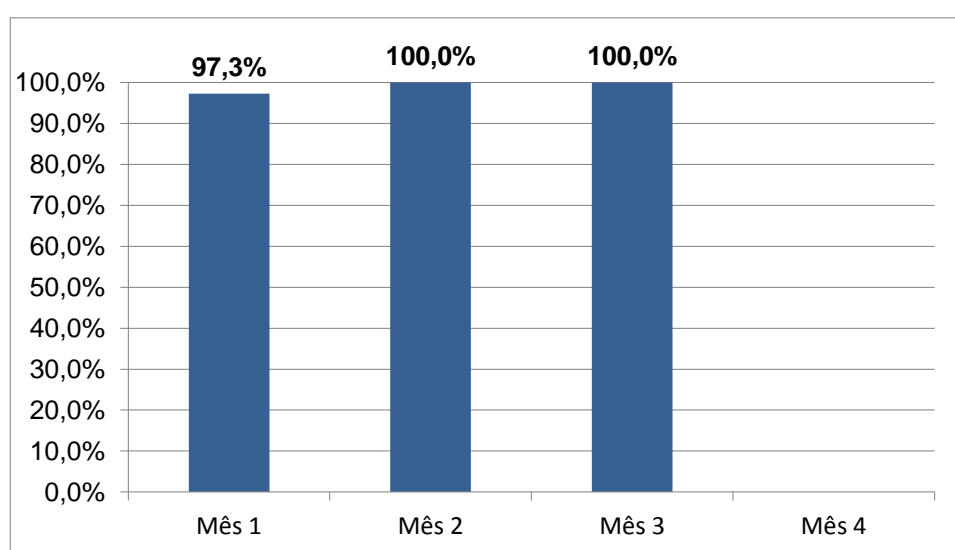


Figura 16. Gráfico da proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS centro Formigueiro, RS 2015.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos cadastrado na unidade de saúde.

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

Em relação a meta de orientação sobre o risco do tabagismo nos hipertensos foi desenvolvida da seguinte forma: dos 70 usuários cadastrados, no primeiro mês foram devidamente orientados e capacitados 53 (75,6%), no segundo mês de 134 usuários cadastrados foram orientados 126 usuários para um total 94,0%, e ao final do estudo 161 usuários cadastrados foram informados, orientados e capacitados 161 (89,4 % deles sobre o risco do tabagismo).

Apesar de haver realizado todas as atividades programadas pela equipe, como a reunião da equipe capacitação da equipe, palestras e reunião de grupo não

foi possível atingir esta meta já que se encontraram usuário acamados e outros usuário que não foi necessário orientar sobre o risco do tabagismo, devido a que não serem fumantes, nem tinham familiares que praticassem este mau hábito, muitos usuários foram encaminhados para a consulta antitabagista do município para receber o tratamento.

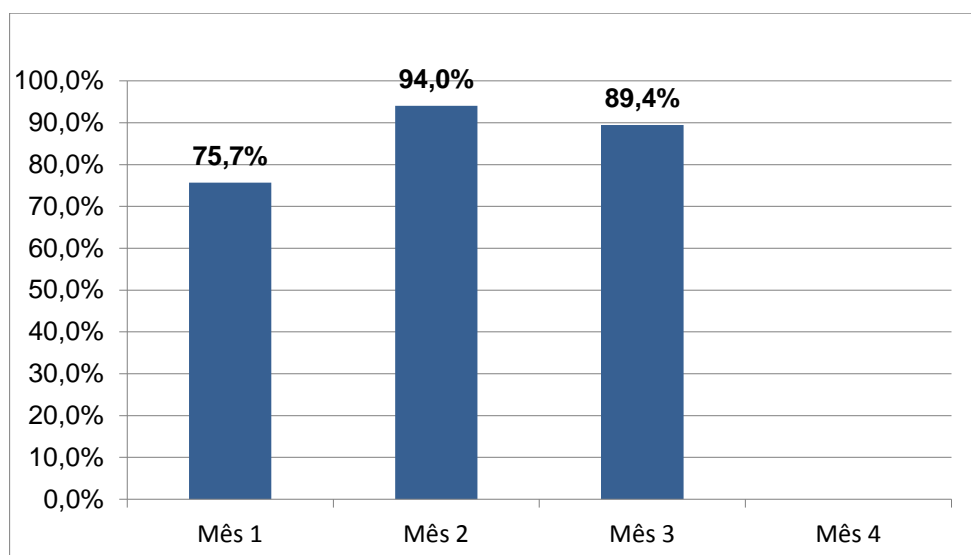


Figura 17. Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS centro Formigueiro, RS 2015.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos cadastrado na unidade de saúde.

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

Em relação aos usuários orientados sobre o risco do tabagismo nos diabéticos, dos 37 usuários cadastrados no primeiro mês, foram devidamente orientados e capacitados 25 (67,6%), no segundo mês de 62 usuários cadastrados foram orientados 59 (95,2%) usuários, e ao final do estudo dos 83 usuários, 72 (86,7%) usuários cadastrados foram informados e orientados.

Apesar de haver realizado todas as atividades programadas pela equipe, como reunião da equipe, capacitação da equipe, e reunião de grupo não foi possível atingir esta meta já que se encontraram usuários acamados e outros usuários que não foi necessário orientar sobre o risco do tabagismo pois muitos não eram fumantes, nem tinham familiares que praticassem este mau hábito.

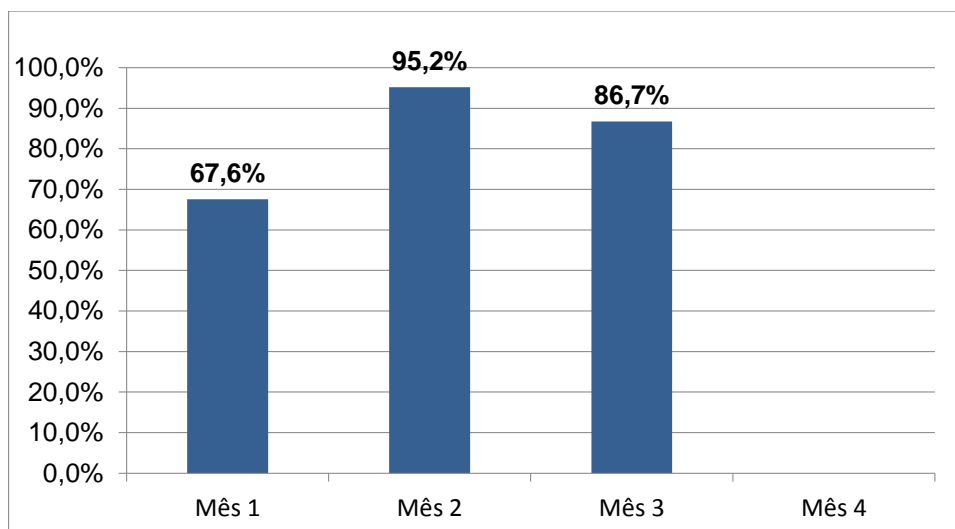


Figura 18. Gráfico da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS centro Formigueiro, RS 2015.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal

Os hipertensos com orientação sobre higiene bucal através do estudo se comportaram da seguinte forma: no primeiro mês de 70 usuários cadastrados foram informados 69 (98,6%) usuários, no segundo mês de 134 usuários cadastrados todos foram devidamente informados (100%), e no último mês do estudo de 180 usuários cadastrados todos foram informados, treinados e capacitados pela equipe de saúde.

Foi possível alcançar esta meta devido às capacitações realizada a equipe de saúde que forem realizando as mesmas na sala de espera, durante a triagem de enfermaria, nas palestras realizadas na reunião de grupo que fazemos mensalmente, e nas visitas domiciliares feitas pelo ACS diariamente e pela equipe semanalmente. Contamos também com ajuda do odontologista que participou de todas as reuniões de grupo que foram realizadas.

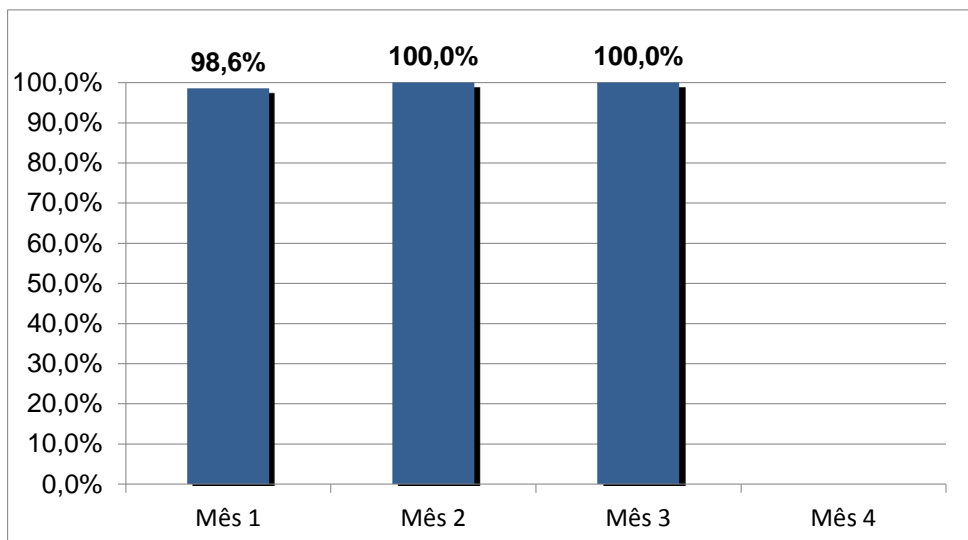


Figura 19. Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS centro Formigueiro, RS 2015.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos cadastrado na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Os diabéticos com orientação sobre higiene bucal através do estudo se comportaram da seguinte forma, no primeiro mês de 37 usuários cadastrados foram informados 36 (97,3%) usuários, no segundo mês de 62 usuários cadastrados todos foram devidamente informados (100%), e no último mês do estudo de 83 usuários cadastrados foram informados treinados e capacitados pela equipe de saúde para 100%.

Foi possível alcançar esta meta devido às capacitações realizada a equipe de saúde que foram realizando as mesmas na sala de espera, durante a triagem de enfermaria, nas palestras realizadas na reunião de grupo que fazemos mensalmente, e nas visitas domiciliares feitas pelo ACS diariamente e pela equipe semanalmente, contamos também com ajuda da odontologista do município o qual participou em todas as reuniões de grupo que foram realizadas.

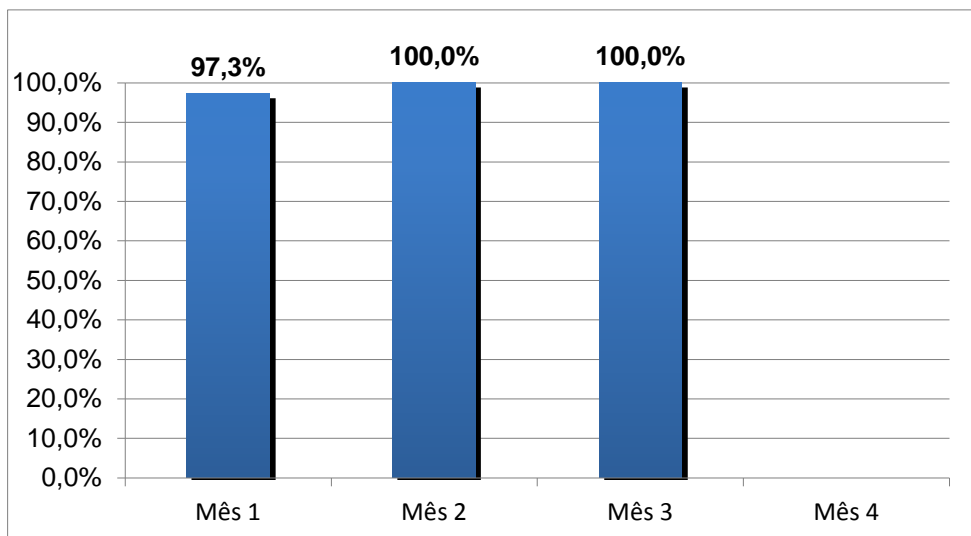


Figura 20. Gráfico da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS centro Formigueiro, RS 2015.

4.2 Discussão

A realização da intervenção na nossa UBS permitiu ampliar a cobertura de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos e proporcionou a melhoria nos registros e na qualidade da atenção prestada. Permitiu incorporar no trabalho diário a estratificação do risco para doenças cardiovasculares, e ainda na sala de espera conseguimos instituir a educação em saúde com conversas sobre alimentação adequada, prática regular de atividades física, sobre tabagismo e saúde bucal. Uma conquista muito relevante não só para a melhora do processo de trabalho, mas para a comunidade pela realização dos exames complementares pois antes da intervenção somente três exames por mês eram permitidos e, a partir da intervenção, todos os usuários participantes tiveram os exames solicitados conforme preconizado pelo protocolo

A intervenção foi muito importante para a equipe, já que exigiu a capacitação de toda a equipe para as atividades de promoção de saúde, preenchimento de fichas de registro de hipertensos e diabéticos, e ainda sobre técnicas adequadas para a medição de pressão arterial e de hemoglicoteste. Além disso, com base no protocolo do ministério da saúde se trabalhou as recomendações relativas aos rastreamentos e monitoramentos de hipertensos e diabéticos. Capacitações estas

que propiciaram um trabalho de equipe integrado do médico clínico geral, enfermeira, técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde. E ainda, todos estes conhecimentos adquiridos durante este período ficou como atribuições do trabalho diário de todos os integrantes da equipe e ainda se refletindo fortemente em outros serviços como odontologista e nutricionista os quais também participarem da intervenção.

Para o serviço foi importante esta intervenção devido ao fato que anteriormente a ela, o atendimento dos hipertensos e diabéticos era atribuição só do médico e eram atendidos somente na demanda espontânea, o que interferia no funcionamento do serviço. A intervenção reviu as atribuições da equipe, permitiu qualificar a atenção prestada a um maior número de pessoas, com registros fidedignos e quantificáveis, e essencialmente, os agendamentos aos usuários hipertensos e diabéticos melhoraram a priorização dos atendimentos dos hipertensos e diabéticos tendo como base a classificação do risco para doenças cardiovasculares e permitiu a otimização da agenda para demanda espontânea.

A intervenção para a comunidade foi muito importante, apesar do impacto não ter sido inicialmente muito percebido pela comunidade devido a queixa e insatisfação de outros usuários na sala de espera que desconheciam o motivo da prioridade de certos hipertensos e diabéticos, mas isso foi mudando com o tempo e as palestras que foram sendo realizadas na sala de espera e nas conversas com os usuários na triagem melhoraram esta questão. Os hipertensos e diabéticos demonstraram satisfação com os atendimentos, com a periodicidade do mesmo, assim como a possibilidade de poder realizar todos os exames. Muitos usuários que não conheciam o seu diagnóstico foram encontrados pelas pesquisas e ficaram satisfeitos também, e deste modo pudemos ampliar a cobertura de atendimento na comunidade, mas ainda falta população a ser coberta que não tinham ACS, nas quais não pudemos chegar.

Se a intervenção fosse a realizasse neste momento trabalharia nos fatores negativos que surgiram durante a intervenção, como o curto período para a mesma, a falta de engajamento com os líderes das comunidades, mas conseguimos superar algumas dificuldades encontradas e incorporamos a intervenção à rotina do serviço terminando o projeto com bons resultados.

A intervenção está incorporada na rotina diária do serviço, isto nos permitirá continuar ampliando a cobertura de atendimento aos hipertensos e diabéticos com

atendimento de qualidade, continuaremos conscientizando a população sobre a importância da priorização da atenção aos hipertensos e diabéticos com ênfase nos de alto risco. Notamos que a falta de algumas informações na ficha de acompanhamento dificultou a coleta de dados. Acho pertinente adequar a ficha de coleta de dados em quanto à ocupação e sexo, os quais a faria mais completa.

A meu critério, o próximo passo para melhorar a atenção na saúde e no serviço é disponibilizar a quantidade de agente comunitário de saúde para a área da abrangência da equipe que nos permitirá ampliar a cobertura a 100 por cento da população. Isto promoverá a oferta de uma atenção de qualidade a todos por igual, outra coisa que devemos fazer é estabelecer parcerias com as diferentes instituições e líderes na comunidade para se dar continuidade no trabalho até aqui realizado, numa intenção de trazer a população mais próxima à equipe.

4.3 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, de avaliar a adesão e monitorar a atenção prestada aos usuários hipertensos e/ ou diabéticos da ESF Centro de 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, cujos profissionais estavam 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 329 pessoas com hipertensão, com a realização da intervenção no primeiro mês, foram cadastrados 70 usuários hipertensos (21,3% de cobertura). No segundo mês da intervenção depois de mais divulgação da ação programática, foram cadastrados 134 hipertensos (40,7% de cobertura), um aumento considerável comparando com o primeiro mês. No terceiro mês terminamos com 180 hipertensos cadastrados (54,7% de cobertura).

Em relação aos diabéticos, na unidade tem 202 pessoas diabéticas. No primeiro mês de intervenção foram cadastrados 37 diabéticos (18,3% de coberturas), no segundo mês foram cadastrados 62 diabéticos (30,7% de cobertura), sendo assim quase duplicamos o número de pessoas cadastradas e aumentando os indicadores de coberturas. Por fim, no terceiro mês foram cadastrados 21 diabéticos para culminar com 83 pessoas cadastradas (41,1% de cobertura), não atingindo a meta proposta dos 50 % de cobertura para os usuários cadastrados.

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 180 pessoas com hipertensão, 120 realizarem exame complementar para (66.7 %), com relação aos usuários com diabetes mellitus de uma totalidade de 83 pessoa, 63 pessoa realizarem exames complementares para (75.9 %), também foram avaliados pelo odontologista 162 pessoa com hipertensão arterial para um (90 %) e 75 pessoas com diabetes para um (90.4 %), não atingindo a totalidade dos cadastrados devido a que e durante o primeiro mês da intervenção o odontologista estava de férias.

Para alcançarmos 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 a odontologista e 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.

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

Dentre as ações destacam- se: o atendimento de 180 hipertensos e 83 diabéticos. A organização do processo de trabalho. A melhoria nos registros com 74,7% dos diabéticos e 66,7% 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 à 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.

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.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Este curso significou muito para minha experiência pessoal, pois durante este período em que foi desenvolvida a intervenção pude satisfazer minhas expectativas iniciais, incorporando novos conhecimentos sobre o protocolo de atendimento para hipertensão e diabetes. Além disso, foi muito bom para minha prática profissional, pois pude proporcionar uma melhor qualidade de vida para os usuários que participaram da intervenção, transmitindo novos conhecimentos sobre o SUS e deveres e direito sobre sua saúde, além de educá-los sobre o estilo de vida saudável.

Também foi muito bom porque pude interagir com outro companheiro do curso e orientadores os quais permitiram corrigir alguns erros do idioma e ortografia. Foi uma experiência nova e única este novo jeito de desenvolvimento de trabalho de intervenção o qual permite crescer como profissional e adquirir mais experiência.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 36. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 37. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: Maio 2015.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

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

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

L14

Indicadores HAS e DM - Mês 1																
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em	O paciente realizou avaliação odontológica?	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
	1															
	2															
	3															
	4															
	5															
	6															
	7															
	8															
	9															
	10															
	11															
	12															
	13															
	14															
	15															
	16															
	17															
	18															
	19															
	20															
	21															
	22															
	23															
	24															
	25															
	26															
	27															

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante