

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica
e Diabetes Mellitus na UBS Valentim Viêlmo, Nova Esperança do Sul/RS**

Yelena Oses Roquero

Pelotas, 2016

Yelena Oses Roquero

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Valentim Vielmo, Nova Esperança do Sul/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: Marcinia Moreno Bueno

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

R786m Roquero, Yelena Oses

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Valentim Vielmo, Nova Esperança do Sul/RS / Yelena Oses Roquero; Marcinia Moreno Bueno, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

116 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Bueno, Marcinia Moreno, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada, e a minha mãe que estando longe é o motor que impulsiona minha vida, pois me ensinou que temos que lutar dia a dia para alcançar nossas metas na vida.

Agradecimentos

Agradeço a minha professora orientadora Marcinia, a qual teve paciência durante todo este tempo e que me ajudou em tudo o que eu precisei ao longo desta caminhada, sem sua ajuda e dedicação não tinha concluído este trabalho, agradeço também a todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento deste trabalho.

A minhas amadas colegas de trabalho da equipe de saúde, enfermeira Evanisce, técnica de enfermagem Val, a todos os Agentes Comunitários de Saúde, que sem seu apoio e dedicação não seria possível realizar este projeto.

Aos meus amigos, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas durante todo este tempo. Sua amizade fez a diferença na minha vida.

Meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que de alguma forma doaram um pouco de si para que a conclusão deste trabalho se tornasse possível.

Resumo

ROQUERO, Yelena Oses. **Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus na UBS Valentim Vielho, Nova Esperança do Sul/RS.** 2016. 115fl. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

As doenças crônicas não transmissíveis, segundo a Organização Mundial da Saúde, se caracterizam por ter uma etiologia múltipla, longos períodos de latência, curso prolongado, fatores de riscos, facilidade de diagnóstico, origem não infecciosa, por sua associação a deficiências e incapacidades funcionais e, também, por ser um conjunto de doenças que têm fatores de risco semelhantes. A Unidade Básica de Saúde Valentim Vielho do município Nova Esperança do Sul, estado do Rio Grande do Sul, tem uma população de aproximadamente 3178 usuários, uma estimativa de 571 pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e 102 pessoas com Diabetes Mellitus na área de abrangência. Realizamos uma intervenção durante três meses, com o objetivo de melhorar a atenção e a qualidade do serviço nesta ação programática aos usuários, com vistas na prevenção destas doenças crônicas e melhorar os indicadores de saúde da população. Para guiar o cuidado, adotamos os protocolos do Ministério da Saúde, 2013. Para coleta de dados foram utilizadas fichas espelho específicas existentes na UBS, além de planilhas eletrônicas proporcionadas pelo curso. Para atingir os resultados das metas propostas de 100%, utilizamos os quatro eixos norteadores que colaboraram para obter os resultados ao longo da intervenção: Na organização e gestão do serviço, pode-se melhorar a qualidade dos registros, para isto foi adotado uma ficha específica para cadastramento e acompanhamento destes usuários, realizar exame clínico apropriado, realizar exame laboratorial, registro na ficha espelho, avaliação de risco para estas doenças, e todas receberam orientações nutricionais para hábitos saudáveis e prática de atividade física em 100% dos usuários cadastrados. Foi realizada a organização por meio de uma agenda para os atendimentos, aliados aos atendimentos de demanda espontânea. No eixo engajamento público foi possível trabalhar a sensibilização da comunidade, bem como os familiares sobre a importância da equipe estar desenvolvendo este trabalho de priorização no cuidado destes usuários, através dos grupos realizados nas diferentes comunidades e rodas de conversas. No eixo da qualificação da prática clínica foi possível capacitar todos os profissionais da equipe como base nos protocolos estabelecidos. Conclui-se que a intervenção foi positiva, conseguimos aumentar a meta de cobertura aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus para 100%. As ações realizadas durante a intervenção estão integradas na rotina da UBS. Desta forma, este trabalho contribuiu para melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus na UBS Valentim Vielho, estabeleceu vínculos entre a equipe e a comunidade, assim como sensibilizou para a importância no cuidado integral à população.

Palavras-chave: saúde da família; atenção primária à saúde; doenças crônicas; hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia da Nossa Unidade Básica de Saúde	10
Figura 2	Mapa da localização do município no estado	14
Figura 3	Fotografia da Gruta Polo turístico do município	14
Figura 4	Quadro com o número de habitantes por grupo de idade	17
Figura 5	Fotografia 1 Visita domiciliar	70
Figura 6	Fotografia 3 Grupo de Hipertensos e Diabéticos do centro.	71
Figura 7	Fotografia 4 Grupo de Hipertensos e Diabéticos do Centenário.	71
Figura 8	Fotografia 5 Grupo de hipertensos e Diabéticos do Planalto.	72
Figura 9	Fotografia 9 verificação dos sinais vitais no grupo do centro.	72
Figura 10	Fotografia 8 Reunião da equipe	73
Figura 11	Gráfico 1: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde	76
Figura 12	Gráfico 2: Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde.	77
Figura 11	Fotografia 10 Palestra com a nutricionista na UBS.	93
Figura 12	Fotografia 2 Visita domiciliar	96
Figura 13	Fotografia 7 Campanha de vacinação.	96

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Testes de Glicose
HIPERDIA	Hipertensos e Diabéticos
MS	Ministério da Saúde
RS	Rio Grande do Sul
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	9
Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	27
2 Análise Estratégica	28
2.1 Justificativa.....	28
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	29
2.3 Metodologia	32
2.3.1 Detalhamento das ações.....	32
2.3.2 Indicadores	55
2.3.3 Logística.....	64
2.3.4 Cronograma.....	67
3 Relatório da Intervenção	68
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	68
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.	72
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	73
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	73
4 Avaliação da intervenção	74
4.1 Resultados	74
4.2 Discussão.....	90
5 Relatório da intervenção para gestores.	98
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.	103
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	105
Anexos	110

Apresentação

Este exemplar contempla o Trabalho de Conclusão de Curso exigido como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família, o qual descreve o processo de estruturação e qualificação do cuidado ofertado a os usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Valentim Vielmo no município de Nova Esperança do Sul– RS.

Está estruturado em sete unidades: **Análise Situacional**, onde descreve a situação da Estratégia de Saúde da Família, funcionamento, profissionais que fazem parte da equipe, população adstrita. **Análise Estratégica – Projeto de Intervenção**, que contempla a justificativa, objetivos e metas, metodologia e o detalhamento das ações nos quatros eixos principais: (monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica), indicadores, logística e cronograma de intervenção. **Relatório da Intervenção** que contempla as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente, as ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores, análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra. **Avaliação da Intervenção** que contempla os resultados e a discussão, **Relatório para o Gestor e Relatório para Comunidade** onde comentam sobre a intervenção realizada e os resultados alcançado, **Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizado**, contempla uma análise dos resultados para o crescimento profissional, proporção de satisfação, angústias e ansiedades avaliando o ensino aprendizagem.

Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O Brasil tem um dos maiores Sistemas de Saúde Pública do mundo, por isso para melhorar a promoção em saúde e dar ênfase na prevenção de doenças criou-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Estratégias de Saúde da Família (ESF) para atender as pessoas na Atenção Básica (primária) com o objetivo de diminuir os casos de necessidades de atenção secundária e terciária. É importante dizer que as UBS são a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde e as mesmas estão implantadas em cada município do país.

Eu estou trabalhando em um município pequeno chamado nova esperança do sul que tem só 4500 habitantes, este município consta de 2 ESF um localizado no centro da cidade, onde trabalho, chamado Valentim Vielmo ao qual corresponde uma população aproximada de 2700 pessoas adstrita a nossa área de abrangência tendo em conta que não é fidedigna pois não temos a análise situacional anterior e o mapeamento faz muito anos que foi feito então temos a tarefa de recadastrar a população existente para conhecer a realidade e contamos com outro situado no interior da cidade ao qual pertencem e são atendidos o resto da população. Minha unidade de saúde desde o ponto de vista estrutural constituído:



Figura 1: Foto da nossa Unidade Básica de Saúde.

Uma pequena sala de recepção onde a técnica de enfermagem e a estagiária preenchem os dados dos usuários no computador para depois ser atendidos na consulta medica , 1 sala de acolhimento, de medicação, de curativos e suturas, 2 banheiros, 2 consultas medicas aonde trabalhamos intercalados 3 profissionais, 1 farmácia, 1 sala de esterilização, 1 cozinha pequena, 1 sala de vacina e 1 consultório odontológico, nesta unidade existe boa iluminação, as janelas e portas são todas de ferros e vidro e tem boa seguridade, ademais constamos com quase todos os instrumentos necessários e computadores em quase todas as salas para assim oferecer um serviço de qualidade a nossa população.

Nossa equipe está constituída por:

- Uma pediatria que presta seus serviços as terças na tarde pois não pertence a nosso município.
- Um ginecologista que oferece seus serviços as terças pela tarde pois não e de nosso município também.
- Uma nutricionista que trabalha as quartas pela manhã.
- Um médico da saúde da família que trabalha de segunda até sexta.
- Um dentista.
- Seis agentes de saúde.
- Duas técnicas de enfermagem
- Uma estagiaria
- Uma farmacêutica
- Duas técnicas de farmácia

Dizer que o processo do trabalho na equipe é maravilhoso onde o respeito mútuo e profissional e a base de todo, todos nós ajudamos com as tarefas do dia a dia e simplesmente tratamos de fazer que a população se sentasse bem a nosso redor como nosso trabalho. Aqui em nossa unidade se trabalha da seguinte forma: começo a trabalhar às 8.00 horas da manhã até 11.30 horas com pausa para o horário de almoço, e retornando às 1.00 horas até às 17.00 horas da tarde de segunda até sexta, em segunda temos atendimento o dia todo.

Às terças pela tarde planejamos todas as visitas domiciliar que são pedidas pela mesma população o são agendadas pelos agentes de saúde seguem aqueles usuários que elos acham que precisam de atendimento médico quando vão fazer as visitas o sim não simplesmente vai a aquelas casas aonde temos usuários

acamados, com próteses, cadeirantes, idosos frágeis e com algum tipo de deficiência já seja mental o que não pode ir à unidade por alguma razão. A quartas o dia todo para cumprir as atividades do curso de Especialização, a quintas pela tarde temos os grupos de hipertensos e diabéticos que são 4 em total, dois no interior da cidade como capão grande e planalto e outros dois na mesma cidade no bairro bicentenário e no centro que sempre fazemos na própria unidade.

Aqui nestes grupos fazemos palestras, trazemos diferentes jogos para desenvolver a memória, fazemos brincadeiras como colocar muitas doenças numa caixa e juntos com os sintomas e ali eles tratam de encasar umas com outras, isso para desenvolver em eles a capacidade de lembrar as palestras dadas de diferentes doenças. Presenteamos também cadernos com desenhos de diferentes doenças e lhe falamos a necessidade de conhecer os sintomas de as doenças e que não devem tomar remédios sim que um médico tinha avaliado a eles. Às sextas têm a reunião com os agentes de saúde aonde eles nos disseram às dificuldades que acharem na população que eles visitarem e planejamos diferentes ações a colocar em pratica a semana seguinte, também falamos em esta reunião diversos temas ocorridos na semana em a própria unidade o simplesmente falamos de um tema interessante do município.

Além disso fazemos palestras com as grávidas, crianças e a mães destes para fortalecer os conhecimentos sobre temas referentes a cuidado das crianças em diferentes idades, quais são as doenças que mais aparecem e quais são seus sintomas. A importância da lavagem das mãos para não ter infecções respiratórias nem diarreicas. No dia a dia fazemos pesquisas de doenças respiratórias como tuberculoses, hanseníases e doença de chagas.

Contamos com uma farmácia bem grande que distribuí remédios a nossa unidade e a outra unidade de saúde ademais de uma policlínica que temos em nosso município que presta os serviços de urgência e emergências, pois não contamos em nosso município com hospital, nesta farmácia contamos com todo tipo de remédio para dar um bom serviço à população, em este mês e que a sido um poço difícil a situação com muitos dos remédios controlados, pois só assinarem uma parte do qual correspondiam para o município mas esperamos que seja resolvida a situação mais adiante.

Não contamos ainda com NASF, mas já temos o projeto formado só falta à contratação de os profissionais que se precisam. Não contamos com laboratórios na

cidade só temos um convenio com um laboratório da cidade mais perto a nos Santiago que oferecem seus serviços todas as terças pela manhã na policlínica da cidade, pois não temos outro local nem contamos com profissionais que tenham esses conhecimentos, mas temos 1 laboratório particular que também presta seus serviços de maneira particular. Assim de esta maneira e que transcorrem nossos dias na minha unidade de saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Tendo o conhecimento dos principais problemas que enfrentamos a cada dia em nosso trabalho, se podem traçar estratégias para que seja oferecido cada vez mais um atendimento de qualidade, e que na Atenção Primária se busque o tão desejado sonho de serem resolvidos 80% dos problemas de saúde de nossa população. Por isso, acredito que a Análise da Situação de Saúde é a ferramenta fundamental para cumprir este objetivo.

Trabalho no município de Nova Esperança do Sul, situado na região central do Rio Grande do Sul, a população estimada é de 5800 habitantes, uma economia baseada na indústria coureiro-calçadista, conhecida como a capital da bota e o polo turístico com a maior Gruta subterrânea da América Latina, Nossa Senhora de Fátima. Contamos com duas UBS uma localizada na periferia e a outra no centro da cidade, onde trabalho. As mesmas são as portas de entrada ao SUS, na nossa UBS atende-se uma população de 3178 habitantes da área. Os atendimentos são realizados na parte da manhã das 08 às 11h: 30min e pela tarde das 13 às 17 h, onde são realizados todos os serviços de atenção básica. Contamos com uma equipe de Estratégia da Saúde da Família (ESF) que presta serviço para área Urbana e área Rural, alcançando uma cobertura populacional de 100%. Primamos por atendimento humanizado que garanta saúde de qualidade à todo o município.



Figura 2: Mapa da localização do município



Figura 3: Foto da gruta polo turístico do município

Muitos usuários em nossa UBS são encaminhados pelo SUS através do programa nacional de regulação (SISREG) para tratamento em algumas especialidades como traumatologia, cardiologia, neurologia, oftalmologia, entre outras, temos convênio com o Hospital de Santiago que é o hospital mais perto de que disponibiliza leitos pelo SUS, prestando serviços ambulatoriais, plantão médico e serviços de cirurgias e internações. Também possuímos convênios com clínicas e hospitais de grande porte como HUSM Santa Maria que realizam os serviços de alta complexidade. Todos os exames são agendados pelo SUS na secretaria de saúde os quais são realizados uma vez por semana nas terças feiras por um pessoal que vem de Santiago para fazer a coleta, pois no município não temos um laboratório disponibilizado para isto, só particular, sendo que na maioria das vezes é necessário aguardar vários meses para conseguir sua realização, em caso de grande urgência, tem que pagar. Deparo-me com a dificuldade de acesso às diferentes especialidades, apesar dos usuários serem atendidos nas consultas, eles tem obstáculos para consegui-las, pois muitas vezes precisam esperar mais de trinta dias, o que os leva a aguardarem em longas filas de espera. Ainda não temos NASF porque não contamos com os profissionais necessários para conformar a equipe, mas estão trabalhando nesse assunto.

Nossa UBS é urbana, com um modelo de atenção de ESF, exclusivamente vinculada com o SUS. Nossa equipe está composta por: uma enfermeira, duas técnica de enfermagem, uma estagiária, uma farmacêutica, uma médica clínico

geral, um ginecologista-obstetra, uma pediatra, uma nutricionista, uma fonoaudióloga, um dentista, um auxiliar de consultório dentário, uma psicóloga e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Contamos também com quatro veículos em boas condições de uso. Temos uma estrutura física adequada e funcional a qual tem: Uma pequena sala de recepção aonde a técnica de enfermagem, a estagiária preenchem os dados dos usuários no computador para depois ser atendidos na consulta médica, um sala de acolhimento, de medicação, de curativos e suturas, dois banheiros, duas de consultas médicas, aonde trabalhamos intercalados três profissionais, uma farmácia, uma sala de esterilização, uma cozinha pequena, uma sala de vacinas e um consultório odontológico.

A estrutura da nossa UBS está bem conservada, existe boa iluminação, as janelas e portas são todas de ferros e vidro, tem boa seguridade, as salas estão pintadas, por isso não necessita de reformas e sempre ficam limpas, porque tanto a equipe como os usuários cuidam da limpeza. Está localizada no centro da cidade o que contribui para uma melhor acessibilidade. As ruas e calçadas ao redor da UBS apresentam boas estruturas o que ajuda para a acessibilidade, facilitando para que os atendimentos ocorram sem dificuldade. Nossa UBS não possui sinalização visual dos ambientes que permita a comunicação em Braille, o que prejudica um bom atendimento para pessoas com deficiência visual, e nesse caso, o mesmo não poderá saber quais são os horários de atendimento, onde se encontra o banheiro, entre outras coisas. Também não tem a presença de recursos auditivos, o que será desfavorável para uma pessoa com deficiência auditiva. Na maioria dos corredores não tem corrimãos, podendo dificultar a mobilização da população com deficiência motora. Todas essas limitações tendem a prejudicar o atendimento e enfraquecem a qualidade do serviço ofertado à população, mas acredito que com o conhecimento destas e a governabilidade como parte da equipe, podem ser desenvolvidas diferentes estratégias como, por exemplo, nas reuniões, discutir estes assuntos e orientar sobre a importância de contarmos com todos estes recursos que ainda não possuímos. Assim, poderemos melhorar a estrutura da UBS, além do que, ser levadas ao conhecimento de outros níveis de gestão, como a prefeitura, o que ajudaria para que estas dificuldades sejam resolvidas em tempo hábil.

A maioria dos profissionais de nossa UBS participa no processo de territorialização e mapeamento da área da atuação da equipe. Não só na UBS se

fazem cuidados em saúde, mas também no domicílio, nas escolas, na associação de bairro, nos grupos de idosos e em outros espaços comunitários, como na assistência social. Fazemos busca ativa de usuários faltosos por parte de nossas enfermeiras, odontólogos, técnicos auxiliar de consultório odontológico e de enfermagem e ainda pelos agentes comunitários de saúde. Dá-se grande importância aos cuidados domiciliares, onde tanto os médicos, enfermeiros, odontólogos e os demais integrantes da equipe tem participação ativa. Nestes ambientes são realizados alguns procedimentos como: curativos, nebulizações, educação em saúde, cuidados de saúde, acompanhamento de problemas de saúde, verificação da pressão arterial, realizam-se consultas médicas, de enfermagem, odontológicas, assim como de outros profissionais da saúde, além da entrega de medicamentos, aplicação de medicação oral e injetável, troca de bolsa de usuários ostomizados e de sonda. Toda a equipe de saúde se faz presente em atividades de qualificação profissional para gestão em saúde, sendo o foco de caráter multiprofissional e de atualização técnica. Participa-se em outras atividades como, por exemplo, para o fortalecimento do controle social e qualificação da atenção à saúde.

Uma das limitações que nos afeta em nossa UBS é não fazer pequenas cirurgias, ocasionando que quando alguma pessoa precisar, deverá ser encaminhado para outro centro de atendimento, o que causa irritação nos usuários, por ter que pagar para ter seu problema de saúde resolvido. Vejo também que nas indústrias não se fazem trabalhos preventivos na área de cuidados em saúde e que essa população está em risco constante de acidentes de trabalho. Observo ainda a necessidade de um trabalho maior com o programa de saúde do homem, haja vista a pouca adesão do sexo masculino às consultas e programas de atenção à saúde. Mas acredito que com a governabilidade que tenho como parte da equipe, nas diferentes reuniões que apresentarei estas demandas para que fiquem resolvidas e assim que sejam cumpridas todas as atribuições da nossa equipe.

Atendemos um total de 3178 habitantes, sejam da área rural e urbana. A equipe é adequada para o total da população da área de abrangência e a estrutura física também se adequa ao número populacional. O cadastro da nossa UBS encontra-se atualizado neste ano de 2014, onde atendendo ao tamanho da equipe oferecemos 100% de cobertura na nossa comunidade.

Idade	População/habitantes
Menores de 1 ano	24
1 a 4 anos	31
5 a 6 anos	52
7 a 9 anos	127
10 a 14 anos	221
15 a 19 anos	320
20 a 39 anos	921
40 a 49 anos	514
50 a 59 anos	623
Maiores de 60 anos	345
Total	3178

Figura 4: Quadro com o número de habitantes por grupo de idade

Na nossa UBS o acolhimento é efetuado por toda a equipe desde o primeiro momento que o usuário vai procurar o atendimento, começando pela técnica de enfermagem que agenda sua ficha, seja demanda espontânea ou outros, até terminar com a médica na sua consulta. Realizam-se os atendimentos na unidade de saúde durante os cinco dias da semana, nos turnos da manhã e da tarde, todos os usuários que chegam ficam com as necessidades acolhidas, demorando o atendimento de dez até 15 minutos. A equipe conhecendo a avaliação e classificação de vulnerabilidade social, risco biológico, pode dar um melhor encaminhamento ao usuário. Observo que existe excesso de demanda para a população da área de cobertura da UBS. Todos os dias, nossa equipe tem que lidar com este tipo de demanda de atendimento, orientando o usuário há retornar outro dia por agendamento ou procurar serviços de pronto atendimento ou pronto socorro.

Entre outras limitações encontradas, vejo que: Não se oferece serviço de prótese dentária, nem atendimento especializado como, por exemplo, tratamento de canal, de lesões de mucosa, periodontal e cirurgias. No caso de um usuário precisar

deste tipo de atendimento, sempre têm que pagar e na maioria das vezes os usuários não tem os recursos econômicos necessários para consultar em clínicas particulares, perdendo assim, qualidade do nosso trabalho e ocasionando queixas por parte da população. Também existe excesso da demanda de atendimento do dia, para a médica, porque apesar de ter outra ESF o médico brasileiro só trabalha pela manhã até às 11h e 30min e a tarde todos vão para o ESF do centro, ocasionando excesso de demanda, tendo que esperar que a consulta seja agendada, em que muitas vezes esta fica para muitos dias depois. Outra solução é ter que pagar para ser atendidos nas clínicas particulares, e nesse caso, também aqui se perde a qualidade de nosso trabalho e às vezes não nos colocamos no lugar do usuário que vem a nós em busca de ajuda. Estas limitações ainda podem ser superadas já que as mesmas podem ser apresentadas nas diferentes reuniões, além de se levar a outros níveis para que sejam resolvidas.

Como na maioria das UBS, a nossa conta com uma forma de registro das crianças que são o e-SUS, SINASC, Registros específicos de puericultura e Prontuário. Atualmente temos 18 crianças menores de um ano de idade onde se oferece uma cobertura de 64% de atendimento à Saúde da Criança, mas todas as crianças cadastradas em nossa unidade de saúde tem acompanhamento adequado, os poucos indicadores avaliados de qualidade estão em 100%. Também se oferece atendimento de puericultura aos diferentes grupos etários de crianças, como menores de 12 meses, de 12 a 23 meses e de 24 a 72 meses, um total de 107 crianças atendidas, correspondendo uma população 3,37 %, este atendimento é realizado uma vez por semana, a tarde, pela médica Pediatra e os demais dias pela médica geral, além de outros profissionais da saúde como, por exemplo: enfermeiras, técnicas de enfermagem, odontólogo e psicóloga oferecem este tipo de atendimento tão importante, sempre guiado pelo protocolo do Ministério da Saúde do ano 2013.

Durante os atendimentos se aproveita para desenvolver uma série de ações para o cuidado das crianças na puericultura como são: Diagnóstico e tratamento de problemas clínicos geral, de saúde bucal, mental, imunizações, prevenção de anemia, de violência, promoção do aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, da saúde mental e bucal. Também se desenvolvem outras atividades de vital importância onde é solicitada a caderneta da criança, se preenchem as

informações atuais, conversa-se com o responsável sobre as dicas de alimentação saudável disponíveis na mesma, se explica o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento, além de como reconhecer os sinais de risco, é chamada a atenção para a data da próxima vacina e onde o responsável pode acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança. Utilizam-se protocolos para classificações, identificar as crianças de alto risco e para regular o acesso destas à outros níveis do sistema de saúde, entre os quais temos como, por exemplo: Encaminhamentos para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto atendimento e para atendimento em pronto socorro. Todos os atendimentos são registrados em prontuários clínicos, formulário especial de puericultura, fichas de atendimento odontológicas e ficha- espelho de vacina. Contamos ainda com registros de atendimentos os quais são revisados periodicamente com uma frequência mensal para verificar as crianças faltosas, identificar procedimentos em atraso (peso ou vacina) e crianças de risco. Os profissionais responsáveis da verificação destes arquivos são: Enfermeiras, Técnicas de Enfermagem, Médica Pediatra, Odontólogo e Psicóloga. Todos estes são feitos com muita qualidade.

É trabalhado também o programa do pré-natal, grupo primordial na Atenção Primária. Atualmente temos 9 gestantes com uma cobertura de 13%, mas todas as cadastradas realizam um bom acompanhamento em nossa UBS, por isso a qualidade da atenção está em 100%. É realizado por um ginecologista-obstetra, nutricionista, odontólogo, psicóloga, enfermeiras e técnicas auxiliar de enfermagem. Seguimos o protocolo destes atendimentos produzido pelo Ministério da Saúde, ano 2012, é agendada as próximas consultas à gestante, é avaliado a classificação de risco gestacional e encaminhada caso tenha que regular o acesso das mesmas a outros níveis, por isso não existe excesso de demanda para os atendimentos de problemas agudos. Para o atendimento e cuidado das gestantes são desenvolvidas diferentes atividades, uma vez por mês na própria UBS. Destas participam no grupo 50% das gestantes, onde são trabalhados diversos assuntos, como por exemplo: diagnóstico de problemas clínicos em geral, de saúde bucal, controle de câncer do colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis e promoção de saúde bucal. Também elas realizam uma visita no hospital de referência para conhecer a sala de pré-parto, parto e

alojamento conjunto. Esses atendimentos são registrados em prontuários clínicos, formulário especial do pré-natal, fichas de atendimentos odontológicos, nutricional e de espelho das vacinas.

Em cada atendimento é solicitado o cartão de pré-natal o qual está disponível na consulta e são preenchidos com as novas informações, aproveitando-se esse momento para falar sobre alimentação saudável, o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso do cartão, a data da próxima vacina, importância da avaliação da saúde bucal, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, promoção de atividades físicas, riscos do tabagismo, do álcool e das drogas, anticoncepção no pós-parto. Recomenda-se ainda a revisão puerperal até 7 (sete) dias, assim como realizar revisão entre os 30 a 40 dias de pós-parto. Contamos com o programa SISPRENATAL do Ministério da Saúde onde as enfermeiras são as responsáveis pelo cadastramento das gestantes e o envio dos mesmos à Secretaria Municipal de Saúde e ao Ministério da Saúde. Também existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do programa pré-natal, entre os quais temos as enfermeiras, médica geral ou de família. A ginecologista-obstetra e a nutricionista também participam no grupo das gestantes, além do odontólogo, psicólogo e técnico de enfermagem. Realizam-se diferentes reuniões com uma frequência bimensal onde participa toda a equipe para monitorar o programa pré-natal, utilizando as fontes do e-SUS e Registros específicos do mesmo para logo produzir os relatórios com os resultados encontrados.

Também se trabalha com outros programas como a Prevenção de Câncer de Colo de Útero, onde temos um cadastro de 678 usuárias de 25 a 64 anos de idade adstrita no ESF, uma cobertura de 73%, somente 498 estão acompanhadas na UBS, muitas se atendem com médicos particulares em outros municípios. Mas o cadastro destas 498 está totalmente atualizado e os indicadores de qualidade como, o exame citopatológico para câncer de colo de útero tem um total de 498 mulheres em dia (100%), com exame cito patológico com mais de seis meses de atraso só temos dez, alterados só temos quatro mulheres, avaliadas 398 mulheres entre 25 e 64 anos o risco para este tipo de câncer e orientadas sobre a prevenção do mesmo e das DST às 498 (100%); 494 exame coletados com amostra satisfatória (100%). Para oferecer uma melhor qualidade neste programa, nossa UBS realiza ações de

orientação, educação e prevenção através de atividades que apontam os malefícios do tabagismo e o uso de preservativo em todas as relações sexuais, sendo este trabalho realizado pelas enfermeiras, técnicas de enfermagem, médicos de família e ginecologista-obstetra. A coleta de exame citopatológico é realizada três vezes por semana, as segundas a tarde pela médica, as terças a tarde pelo ginecologista e as quintas de manhã pela enfermeira. Realiza-se também rastreamento organizado do câncer de colo de útero.

A UBS segue os protocolos do ano 2013, oferecidos pelo Ministério da Saúde para a prevenção do câncer de colo uterino, os quais são utilizados pelas enfermeiras, técnicas de enfermagem, médica clínico- geral e ginecologista-obstetra, investigando sempre os fatores de risco para este tipo de câncer em todas as mulheres que realizam o exame citopatológico de colo de útero. Nos últimos três anos, foram identificados quatro exames alterados, dentre estes, tivemos perda de seguimento de duas, se mudaram da área de abrangência. Todos os resultados são registrados em arquivos específicos os quais são revisados semanalmente pelas enfermeiras para conferir se as mulheres estão com o exame de rotina em atraso ou alterado e para verificar a completude de registros. As enfermeiras e técnicas de enfermagem se dedicam ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento do programa de prevenção do câncer de colo uterino realizando reuniões mensais. Vejo que ainda existem dificuldades que afetam a qualidade deste programa como, por exemplo, não se produzem relatórios com os resultados encontrados nas diferentes fontes de dados como SISCOLO, Registros específicos do programa e prontuários. Também não se tem grupos de mulheres na UBS o que também é uma limitação, mas com a governabilidade que tenho posso apresentar as mesmas a proposta para iniciar este mês, e não formar grupos de mulheres somente na UBS, mas também nas comunidades. Noto a necessidade de se orientar sobre a importância de fazer os relatórios que em algum momento poderão ser utilizados.

Temos outro programa importante que é desenvolvido na UBS correspondente ao controle do câncer de mama, onde todas as ações desenvolvidas para as usuárias de 50 a 69 anos de idade são registradas no e-SUS, Registros específicos do programa e prontuários, com 280 usuárias adstrita no ESF mais somente 273 delas são atendidas e acompanhadas oferecendo uma cobertura de 100% onde os indicadores de qualidade estão avaliados da seguinte maneira: 214

mamografias em dia (76%), com mais de três meses de atraso 59 mulheres, as 214 tem avaliação para risco do câncer de mama oferecido além de orientação sobre prevenção desta patologia (100%). Para oferecer uma maior qualidade no programa são realizadas ações para o controle de peso corporal, de estímulo à prática regular de atividades físicas, orientação sobre o malefício do consumo excessivo de álcool, assim como também se desenvolvem ações de educação em saúde da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, rastreamento por meio de exame clínico e solicitação de mamografia, que é organizado e realizado cinco dias da semana nos turnos matutino e vespertino por parte dos médicos, enfermeiras e técnicas de enfermagem. São guiados pelo protocolo proporcionado pelo Ministério da Saúde no ano 2013, onde sempre se investigam os fatores de risco.

Temos arquivos específicos para o registro dos resultados da mamografia os quais são revisados mensalmente pelas enfermeiras, técnicas de enfermagem, médica clínico geral e digitador para verificar as mulheres com exame de rotina e alterado em atraso. Também esses profissionais, exceto o digitador, se dedicam ao planejamento, gestão coordenação, avaliação e monitoramento das ações de controle do câncer de mama, realizando reuniões mensais. Entre as limitações encontradas para este programa vejo que não tem grupos de mulheres na UBS o que seria de grande importância na prevenção do câncer de mama, por isso, com a governabilidade que tenho como parte da equipe, posso apresentar esta sugestão nas diferentes reuniões para que seja resolvida no menor tempo possível, considero que se devem realizar grupos de mulheres nas diferentes comunidades assim como também na UBS para oferecer maior conhecimento sobre a prevenção dos fatores de risco. Cada mulher que faz o preventivo, a cada mês damos os informativos, os quais são de grande importância para aumentar o conhecimento sobre os fatores de risco de ambas as doenças. Estamos alcançando a realização de 30 preventivos por semana, fazemos três vezes na mesma com três profissionais diferentes buscando ao mês 120 preventivos.

Em nossa população temos uma alta incidência de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou com diabetes mellitus (DM), mas quando avaliamos o total da população que atendemos, não chegamos a ter grandes percentuais de acompanhados. Temos na área de abrangência da UBS 2158 pessoas com 20 anos

ou mais cadastradas, destas, 541 pessoas têm HAS e 102 pessoas têm DM. As pessoas com HAS correspondem 17% da população da área e com DM 32% que são atendidas em nossa UBS, além disso, o indicador de cobertura para HAS é de 76% e para DM é de 50%. Com esses usuários realizamos diversas ações de promoção e prevenção de saúde, contamos com grupos para portadores de HAS e de DM nos distintos pontos da cidade até no interior de nosso município. Esses grupos estão planejados para quintas-feiras à tarde sendo quatro no total, dois no interior da cidade como capão grande e planalto e outros dois na cidade, bairro bicentenário e no centro que sempre fazemos na própria unidade. Nestes grupos fazemos palestras, trazemos diferentes jogos para estimular a memória, fazemos brincadeiras como colocar muitas doenças numa caixa e juntos com os sintomas e ali os usuários tratam de assimilar uma com outra, essas atividades buscam desenvolver a capacidade dos usuários de lembrarem sobre os temas abordados nas palestras dadas. Presenteamos os usuários com cadernos com desenhos de diferentes doenças e falamos da necessidade de conhecer os sintomas e a importância de não se automedicarem. Podemos dizer que estas ações são estruturadas de forma programática e que existe um registro manual desses usuários em livros de registro. Temos realizado um excelente trabalho de equipe com estas pessoas, pois buscamos em quase todo tempo, um bom controle da doença. Achamos duas limitações no processo de trabalho destinado a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos, não contamos com um registro específico e não temos profissional que faça as avaliações, planejamento, gestão e coordenação das ações que realizamos com estes grupos. Mas como comentei, em uma de minhas tarefas, estas limitações não atrapalham nosso trabalho no dia a dia, criamos um registro de todos os usuários de nossa área com HAS e DM para monitorar as ações que realizamos e assim temos um bom controle.

Nossa UBS oferece atendimento para os idosos nos cinco dias da semana, em horários matutino e vespertino, os quais são oferecidos somente para a área de abrangência pela Médica Clínico Geral, Ginecologista-Obstetra, Enfermeiras, Técnicas de Enfermagem, Nutricionista, Odontólogo e Psicóloga. Após a consulta o usuário já sai com a próxima agendada, mais ainda existe demanda destas para atendimento de problemas de saúde agudos, não tem excesso da mesma. Todos estes são regulados pelo Protocolo produzido pelo Ministério da Saúde no ano 2013. Realizam-se diferentes ações na UBS relacionadas ao cuidado dos idosos entre as

quais temos: imunizações, promoção de atividade física, de hábitos alimentares saudáveis, de saúde bucal, da saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal, de saúde mental, do alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo, também são feitas palestras direcionadas à área da saúde preventiva as quais são realizadas nas comunidades do interior e também na área urbana. Sempre são utilizados protocolos para regular o acesso destes aos outros níveis, entre estes temos: encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto-socorro e pronto-atendimento. Estes são registrados em prontuários clínicos, ficha de atendimento odontológico, nutricional e espelho de vacina.

Avalia-se sempre, pelos profissionais de saúde da UBS, a Capacidade Funcional Global do idoso por ocasião do exame clínico. Também se explica aos familiares e aos idosos como reconhecer os sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência, tais como HAS, DM e Depressão. Quando é realizado o atendimento sempre é solicitada a caderneta de saúde onde se preenchem com as informações atuais, e os responsáveis pelo preenchimento são: as enfermeiras, médica clínico geral, ginecologista-obstetra, nutricionista, psicólogo, odontólogo e técnicas auxiliar de enfermagem. O estatuto do idoso e o programa de atenção à hipertensão e diabetes estão presentes na UBS, onde se trabalha com os grupos no âmbito da mesma, na associação de bairro ou comunitária e em outros espaços da própria comunidade. Atualmente oferecemos estas atividades pelos profissionais de assistência social, enfermeiras, médica, ginecologista-obstetra, nutricionista, odontólogo e psicólogos um grupo por mês, onde 80% da população idosa participam, o motivo alegado pelos faltosos é porque ainda trabalham e pelos encontros serem realizados durante o dia. As enfermeiras, médica clínico geral, odontólogo, psicóloga e técnica auxiliar de enfermagem dedicam-se ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos realizando reuniões mensais, sendo que para estas são utilizadas as fontes de dados seguintes: e-SUS, HIPERDIA, Prontuários e registros específicos destes atendimentos de idosos.

Entre as dificuldades descobertas vejo que com os dados encontrados nos registros dos atendimentos não se produzem relatórios o que em caso de algum momento se necessitar dos mesmos, não se tem, além de não possuímos arquivos

específicos para registros, mas, na próxima reunião de equipe, posso apresentar estas limitações para que se dê uma solução. Sei que temos dificuldades que afetam o bom desenvolvimento de nosso trabalho, as quais já foram enunciadas, mais acredito que também temos recursos nas mãos que nos facilitarão resolver todas elas, já que o mais importante é que nossa UBS conta com uma equipe completa, unida e, sobretudo um trabalho organizado o que contribuirá para que possamos oferecer a cada dia um atendimento com melhor qualidade.

Para prevenir outras doenças que advêm de uma má saúde bucal é importante proporcionarmos um bom atendimento nesta área, aqui no município de Nova Esperança do Sul trabalhamos com este programa tão necessário na atenção primária. Nossa UBS tem uma capacidade física e funcional instalada para a prática clínica de: um consultório odontológico, no qual estão bem equipados, com uma capacidade de atendimento diário de 30 usuários, também tem uma sala de espera onde se oferece o acolhimento pelas auxiliares em saúde bucal, e para ações coletivas se utiliza a sala das agentes da UBS, além disso, se desenvolvem trabalhos nas escolas, associações de bairro e na assistência social. Todos os atendimentos estão registrados no SIAB assim como nos prontuários clínicos odontológicos o que me permitiu o preenchimento desta parte do Caderno de Ações Programáticas.

Realizam-se por mês em média 250 procedimentos clínicos o que fica de acordo com a capacidade instalada na UBS, mas acredito que ainda poderemos melhorar neste aspecto, para estar entre o parâmetro recomendado pelo Ministério da Saúde, por isso deve-se trabalhar cada dia mais para assim oferecermos uma maior cobertura nos atendimentos. As primeiras consultas programáticas em grupos populacionais ainda se oferecem em nossa UBS o que se observa nos dados a seguir, nos quais consta a faixa etária e os números de consultas realizadas: para pré-escolares (0-4 anos) se realizaram 30 (39%), escolares (5 a 14 anos) 98 (21%), outros exceto gestantes (15 a 59 anos) 140 (7%), idosos (60 anos ou mais) 198 (46%) e 12 gestantes (38%). Esta realidade demonstra que ainda se podem fazer mais consultas no mês e que temos que trabalhar para alcançar essa meta. Atualmente se estão realizando uma série de ações coletivas até agora nos seguintes âmbitos referendadas a seguir pelas faixas etárias e pelo número de atuações: no pré-escolar (0-4 anos) 37, escolares (5 a 14 anos) 159, outros exceto

gestantes (15 a 59 anos) 74, idosos (60 anos ou mais) 20 e para gestantes 5, o que significa que o desenvolvimento destas ações estão em 100%.

Também se trabalha para que as primeiras consultas programadas sejam maiores que às não programadas, onde vemos que em nossa UBS para o pré-escolar (0-4 anos) tem uma razão de 13%, para escolares (5 a 14 anos) 10%, outros exceto gestantes (15 a 59 anos) 78%, idosos (60 ou mais) 95% para as gestantes 16.3%. Mas acredito que ainda falta muito por fazer na atenção à saúde bucal, já que muitas vezes, a falta de recursos impede que nosso trabalho seja desenvolvido com mais qualidade, atualmente temos um odontólogo em nossa UBS, mas ainda assim existem excessos de demanda nos atendimentos de problemas de saúde agudos, onde na maioria das vezes os usuários que acodem em procura destes atendimentos ficam sem fichas, por causa disso tem que esperar os dias seguintes para que seu problema de saúde fique resolvido, ou na maioria das vezes procurarem clínicas privadas onde tem que pagar.

Outras limitações que temos é a falta de material para pequenas cirurgias, assim como não se oferece serviço de prótese dentária, nem atendimento especializado como, por exemplo, tratamento de canal, de lesões de mucosa, periodontal onde nosso trabalho já está perdendo qualidade, a falta destes acarreta a procura das clínicas privadas e muitas vezes os usuários não tem recursos econômicos necessários o que ocasiona queixas na população. Acredito que todas estas limitações poderão resolvidas, com a governabilidade que tenho como parte da equipe, posso apresentar todas elas nas diferentes reuniões assim como levá-las a outros níveis, neste caso, a prefeitura para que esta possa contratar mais odontólogos e comprarem todos os materiais que faltam, para assim cada dia mais oferecer uma atenção com mais qualidade.

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

Observando o primeiro relatório feito na segunda semana de ambientação e comparando com este de agora vejo que no início ainda não se tinha todos os conhecimentos necessários para conhecer as dificuldades de nossa população, mas agora acredito que este último oferece uma análise completa do funcionamento da UBS de nosso município, na qual encontramos as principais limitações, as quais serão de vital importância para, assim, traçarmos as estratégias adequadas, para no menor tempo possível serem solucionadas, e assim possamos oferecer cada dia mais uma atenção de qualidade. Acredito também que este será um documento de suma importância para nossa Unidade de Saúde e o maior desafio para ser resolvido pela Estratégia de Saúde da Família.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), se caracterizam por ter uma etiologia múltipla, longos períodos de latência, curso prolongado, fatores de riscos, facilidade de diagnóstico, origem não infecciosa, por sua associação a deficiências e incapacidades funcionais e, também, por ser um conjunto de doenças que têm fatores de risco semelhantes. Entre elas encontramos a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e a diabetes mellitus (DM) (BRASIL, 2008). Nessa perspectiva, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o elemento-chave no desenvolvimento das ações do seu controle mediante as ações da equipe multidisciplinar, a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação dessas doenças.

A UBS de Nova Esperança do Sul chamada Valentim Vielmo localiza-se no centro da cidade, tem uma estrutura adequada e funcional pois desde sua construção foi feita para ser uma UBS porque cumpre com quase todos os aspectos apresentados no Manual de Estrutura Física para unidades básicas de saúde. Composto a estrutura da unidade nós contamos com 1 sala de recepção e acolhimento, 1 sala de medicação, 1 sala de curativos e suturas, 2 banheiros, 2 consultórios médico aonde trabalhamos intercalados 3 profissionais, 1 farmácia, 1 sala de esterilização, 1 cozinha pequena, 1 sala de vacina e 1 consultório odontológico. A UBS é pequena e por isso só contamos com 1 equipe de trabalho que está constituída por um pediatra, um ginecologista-obstetra. Uma nutricionista, uma médico clinico geral, um dentista, uma auxiliar de consultório dentário, uma psicóloga, 6 agentes comunitários de saúde (ACS). 2 técnicas de enfermagem, 1 licenciada em enfermagem, 1 estagiária, 1 farmacêutica e 2 técnicas em farmácia e 1 fonoaudióloga. A população da área adstrita é de 3178 habitantes.

Em nossa população temos uma alta incidência de pessoas com hipertensão arterial (HAS) e/ou com diabetes mellitus (DM), mas quando sacamos o total com

respeito à população que atendemos não chegamos a ter grandes por centos já que temos em nossa área de abrangência de maneira geral 3178 pessoas com 20 anos ou mais cadastradas em nossa unidade, destas 541 pessoas têm HAS e 102 pessoas tem DM. Correspondendo um 17 % de pessoas com HAS e um 3.2 % com DM respeito ao total da população que atende nossa UBS que é de 3178 pessoas, além disso o indicador de cobertura para HAS é de um 76% e para DM um 50%. Com esses usuários realizamos diversas ações de promoção e prevenção de saúde, contamos com grupos para portadores de HAS e de DM nos distintos pontos da cidade até no interior de nosso município.

O desenvolvimento de uma intervenção poderá trazer organização, planejamento e um melhor monitoramento e avaliação do trabalho executado. É importante também para que se traga a população mais para perto da equipe, promovendo o engajamento público. A UBS conta com uma equipe multiprofissional e unida, que irá viabilizar a realização desta intervenção, e espero que, com isto, consigamos elevar os indicadores que ainda estejam um pouco baixos, e, assim, oferecermos um melhor atendimento e, sobretudo, uma melhor qualidade de vida a nossa população em particular a os hipertensos e diabéticos de nossa área a abrangência.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial Sistêmica e diabetes mellitus na UBS Valentim Vielmo, Nova Esperança do Sul/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 100 % das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100 % das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1: Realizar exames clínicos periódicos a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas com HAS e DM ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear as pessoas com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de três meses (12 semanas), na UBS Valentim Viêlmo, município Novo Esperança do Sul/RS. Participarão da intervenção pessoas com 20 anos ou mais portadoras de hipertensão e/ou diabetes. As ações a serem realizadas durante a intervenção serão descritas a seguir, detalhadamente, contemplando os respectivos eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica. Será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde de 2013 – Cadernos de Atenção Básica nº 36 e 37 de Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial, a ficha espelho e planilha de coleta de dados disponibilizadas pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações

Monitoramento e Avaliação

-Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas em nossa unidade.

Detalhamento: Para organizar o registro específico do programa, a equipe de enfermagem do programa de hiperdia revisará a planilha eletrônica de registro identificando todos os usuários cadastrados. Os usuários com estas doenças crônicas terão prioridade no atendimento e serão encaminhados para avaliação de enfermagem, depois para consulta médica. Após a consulta o usuário será encaminhado para registro de cadastro e ou acompanhamento no programa, onde é feito acolhimento, orientações gerais, encaminhamento e agendamento de retorno, as consultas médicas serão diárias.

Organização e gestão do serviço:

- Garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa.

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

Detalhamento: Para garantir o registro e melhorar o acolhimento aos usuários, a equipe de enfermagem do acolhimento, vai ter preparada a ficha espelho eletrônica de cada usuário onde serão preenchidos os sinais vitais, além de suas medidas antropométricas e realização de hemoglicoteste e logo passarão para a consulta médica no dia a dia.

- Garantir material adequado para verificar a pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS e para realização do hemoglicoteste na UBS.

Detalhamento: Para garantir o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste na UBS. Se solicitará para a gestora municipal fitas para HGT em quantidades suficientes para a população alvo e um aparelho de reserva para a toma da pressão. Esta ação será realizada na UBS pela enfermeira antes de passar para a consulta médica.

Engajamento público:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: Para informar a comunidade sobre a existência do programa de HAS e DM na UBS a médica e a enfermeira vão falar na rádio de nosso município todas as segundas pela tarde as 14 horas para toda a população a existência do programa hiperdia, também sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente e a importância da participação na intervenção que vamos realizar.

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

Detalhamento: Se orientará a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes através de folders e cadernos pequenos impressos em nossa unidade pela enfermeira que serão distribuídos logo pelos ACS na suas visitas no dia a dia.

Qualificação da prática clínica:

- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

Detalhamento: Para realizar a capacitação dos ACS de nossa UBS a equipe de enfermagem juntamente com a médica fez contato com a coordenadora regional de atenção básica que falara numa quarta feira às 14 horas no local da câmara de vereadores de nosso município sobre como deve ser feito o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

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

Detalhamento: Se realizará uma capacitação com toda a equipe de trabalho em nossa unidade as sextas feiras à tarde pela médica e a enfermeira, onde será treinado a correta verificação da pressão arterial e o uso das fitas para a realização de hemoglicoteste.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1: Realizar exames clínicos periódicos a 100% das pessoas com hipertensão

Meta 2.2: Realizar exames clínicos periódicos a 100% das pessoas com diabetes

Monitoramento e avaliação:

-Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com HAS e/ou DM.

Detalhamento: Será realizado em nossa unidade nas consultas no dia a dia pela medica e a enfermeira o exame clinico geral em conjunto de cada usuário com estas doenças.

Organização e Gestão do Serviço:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Será realizada uma distribuição de cada membro da equipe para a realização de exame clinico: no local de acolhimento a estagiária verificará os sinais vitais e medidas antropométricas de cada usuário, logo a enfermeira fará o teste de glicose e depois passará a consulta médica, onde realizará o teste de sensibilidade dos membros inferiores nas consultas no dia a dia.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Será feita uma capacitação mensal na UBS pela medica e enfermeira com o objetivo de atualizar a toda a equipe de trabalho utilizando as normas e protocolos do ano 2013 sobre hipertensão e diabetes.

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

Detalhamento: Será impressa pela gestora municipal na secretaria de saúde a versão atualizada do protocolo de hipertensão e diabetes do ano 2013 que vamos a utilizar em nossa intervenção.

Engajamento público:

-Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes 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 orientação da população será realizada pela gestora municipal na prefeitura de nosso município a impressão de uns bilhetes que falaram sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicos que poderão causar estas doenças de base que serão distribuídas pelos ACS na suas visitas no dia a dia. Essas orientações também ocorrerão nos grupos de educação em saúde realizados pela médica e enfermeira na própria UBS.

Qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado nas pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Será mostrado um vídeo na UBS pela médica na sala de acolhimento as sextas férias pela tarde às 14 horas para toda a equipe sobre a importância da realização do exame clínico exaustivo e com qualidade nos usuários com estas doenças.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

Detalhamento: Para monitorar a realização correta de exame dos pés das pessoas com diabetes a equipe de enfermagem fara umas perguntas logo da saída destes da consulta medica para ter certeza que a medica não esqueceu nada.

Organização e gestão do serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.

Detalhamento: Será realizada uma distribuição de cada membro da equipe para a realização de exame clinico que ficara do seguinte jeito: no local de acolhimento a estagiária verificará os sinais vitais e medidas antropométricas de cada usuário, logo a enfermeira fará o teste de glicose e depois passará a consulta medica aonde a médica realizará o teste de sensibilidade dos membros inferiores nas consultas no dia a dia.

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

Detalhamento: Será feita uma capacitação as sextas pela tarde em nossa unidade pela medica aonde se darão leitura a os protocolos de HAS e DM a utilizar em nossa intervenção.

- Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés.

Detalhamento: A licencia em enfermagem falara diretamente com a gestora municipal sobre a necessidade de providenciar suficientes monofilamentos 10g para exame dos pés de cada usuário que vão participar em nossa intervenção.

- Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A estagiária de nossa unidade fara um controle todos os dias pela manhã em um caderno separado de aqueles usuários diabéticos provenientes das buscas domiciliares para logo agendar as consultas e no dia do agendamento verificar sim o paciente compareceu.

- Solicitar a referência e contra referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

Detalhamento: Será realizada pela gestora municipal impresso um ofício pequeno para cada usuário que vai a consulta especializada de diabetes com o objetivo de entregar para o médico para saber a conduta a seguir em nossa unidade para ter um melhor controle.

Engajamento público

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

Detalhamento: Serão impressos em a secretaria de saúde de nosso município pequenos bilhetes que serão distribuídos pelos ACS que falarão de forma simplificada sobre os riscos cardiovasculares, neurológicos e a necessidade de avaliar periodicamente a sensibilidade das extremidades inferiores em usuários com diabetes mellitus.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento: Será mostrado pela médica, em nossa unidade as sextas feiras à tarde para toda a equipe, um vídeo, onde se abordarão passo a passo a realização do exame apropriado dos pés nestes usuários.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.

Detalhamento: Será pedido para a gestora municipal diretamente pela licenciada em enfermagem todas as segundas pela manhã um controle de aqueles usuários com hipertensão que vão participar de nossa intervenção que tem feito os exames complementares de acordo com o protocolo adotado em nossa UBS.

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

Detalhamento: Se realizaram agendamentos de consultas de retorno pela estagiaria no dia a dia em nossa unidade para aqueles usuários com hipertensão que foram solicitados exames laboratoriais para avaliar estes e determinar a periodicidade que serão repetidos conforme o protocolo de nossa unidade.

Organização e gestão do serviço

- 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 para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Será mostrado pela enfermeira, para nossa gestora municipal na secretaria de saúde, o cadastro dos usuários no programa de nossa unidade para organizar e agendar exames laboratoriais para aqueles usuários com DM que vão participar em nossa intervenção e logo agendar uma consulta de retorno para avaliação destes.

Engajamento público

- Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Se darão orientações aos usuários com hipertensão e a comunidade em geral nas consultas no dia a dia e no local de acolhimento de nossa UBS pela médica e a enfermeira sobre a importância de realizarem exames complementares no prazo estabelecido tomando em conta sua periodicidade conforme ao protocolo a utilizar na intervenção.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Se realizara na UBS uma palestra as sextas as 14 horas com toda a equipe de trabalho pela enfermeira aonde será falado sobre o seguimento correto do protocolo para solicitação de exames complementares em pessoas com hipertensão.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de pessoas com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.
- Monitorar o número de pessoas com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Se realizaram agendamentos de consultas de retorno pela estagiaria no dia a dia em nossa unidade para aqueles usuários com DM que foram solicitados exames laboratoriais para avaliar estes e determinar a periodicidade que serão repetidos conforme o protocolo de nossa unidade.

Organização e gestão do serviço

- 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: Será passada para nossa gestora municipal na secretaria de saúde pela enfermeira o cadastro do programa de hiperdia de nossa unidade para lograr inserir e agendar exames laboratoriais para aqueles usuários com DM que vão participar em nossa intervenção e logo agendar uma consulta de retorno para avaliação destes.

Engajamento público.

- Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Se darão orientações a os usuários com diabetes e a comunidade em geral nas consultas no dia a dia e no local de acolhimento de nossa UBS pela médica e a enfermeira sobre a importância de realizarem exames complementares no prazo estabelecido tomando em conta sua periodicidade conforme ao protocolo a utilizar na intervenção.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Se realizará na UBS uma palestra as sextas feiras às 14 horas com toda a equipe de trabalho pela enfermeira, onde será falado sobre o seguimento correto do protocolo para solicitação de exames complementares em pessoas com diabetes.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Para monitorar o acesso destes usuários aos medicamentos na Farmácia Popular a farmacêutica de nossa UBS em conjunto aos estagiários nas sextas feiras pela manhã farão uma visita na farmácia popular mais próxima com nosso cadastro eletrônico do programa para revisar se os medicamentos destes estão sendo dispensados corretamente.

Organização e gestão do serviço

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: A responsável da Farmácia Popular mais próxima a nossa unidade passará para nossa farmacêutica mensalmente todas as sextas feiras uma cópia do controle de estoque dos remédios para a verificação da validade destes e sua correta dispensação a estes usuários.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão, cadastrados na UBS.

Detalhamento: Será feito pela farmacêutica de nossa unidade uma listagem num caderno das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão, cadastrados na UBS e serão verificadas todas as semanas.

Engajamento público

- Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Será feita uma palestra em nossa UBS pela licenciada em farmácia onde serão distribuídas para cada membro de nossa equipe as portarias e decretos impressos para melhor entendimento e conhecimento.

Qualificação da prática clínica

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: Será realizada em nossa UBS para toda a equipe de trabalho uma capacitação pela médica sobre as normas do tratamento de HAS e DM utilizadas no protocolo do ano 2013 disponível em nossa unidade.

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

Detalhamento: Será feita uma palestra em nossa unidade as quintas férias pela tarde pela licenciada em farmácia para toda a equipe onde serão distribuídas de forma impressa os decretos e as portarias que regulam e falam sobre o acesso dos

usuários aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia para depois falar no dia a dia na UBS.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Para monitorar o acesso destes usuários aos remédios na farmácia popular a farmacêutica e os estagiários de nossa unidade irão as sextas feiras pela tarde as farmácias populares mais perto com nosso cadastro de hiperdia para revisar que os medicamentos sejam dados corretamente a cada usuário para ter um melhor controle.

Organização e gestão do serviço

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: A farmacêutica responsável pela farmácia Popular passará mensalmente para a farmacêutica de nossa UBS uma cópia do controle de estoque a qual verificara a validade dos medicamentos, necessidade de cada usuário e sua dispensação.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com diabetes cadastrados na UBS.

Detalhamento: Será feito pela farmacêutica em farmácia de nossa unidade uma listagem num caderno das necessidades de medicamentos das pessoas com diabetes cadastrados na UBS e serão verificadas todas as semanas

Engajamento público

- Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Será realizada pela farmacêutica uma palestra no clube cultural de nosso município as quintas feiras à tarde que englobará todos os usuários com HAS, diabetes e outras pessoas da comunidade onde falará sobre as portarias nº 97 e 98 do ano 2012 e decreto 5090 do ano 2014 que trata sobre os direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Qualificação da prática clínica

- Realizar atualização do profissional no tratamento do diabetes.

Detalhamento: Será feito uma palestra mensal pela médica e a enfermeira em nossa unidade para todos os profissionais aonde vão se abordados o tratamento da diabetes mellitus conforme ao protocolo existente em nossa UBS do ano 2013.

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

Detalhamento: A licenciada em farmácia apresentara para toda a equipe em nossa unidade as quintas de tarde um resumo das portarias e leis sobre as alternativas que tem estes usuários para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia para logo informar corretamente a cada um nas consultas no dia a dia.

Meta 2.8: Realizar avaliação de necessidade de atendimento odontológico a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.9: Realizar avaliação de necessidade de atendimento odontológico a 100% das pessoas com diabetes.

Monitoramento e avaliação:

-Monitorar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Será realizado pelo dentista de nossa unidade nas consultas no dia a dia uma planilha eletrônica de aqueles usuários com DM e HAS que precisaram de atendimento odontológico para logo agendar as consultas.

Organização e Gestão do Serviço:

-Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS e/ou DM.

Detalhamento: Serão realizadas visitas domiciliar da saúde bucal pelo dentista e sua assistente as segundas, terças e sextas feiras pela manhã, aleatoriamente o usuários com HAS e DM buscando casos ativos com problemas odontológicos para logo agendar as consultas.

Engajamento público:

-Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Se realizará nas segundas pela tarde pelo dentista uma explicação na rádio de nosso município sobre a importância de assistir a consultas para o cuidado de os dentes, revisão para evitar futuras complicações nos usuários com estas doenças de base.

Qualificação da prática clínica:

-Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS e/ou DM.

Detalhamento: Serão impressos informativos na secretaria de saúde de nossa UBS pelo dentista para distribuir ao equipe de trabalho durante a capacitação as sextas na tarde que falaram sobre a necessidade de uma avaliação odontológica correta para melhorar a qualidade de vida dos usuários com HAS e DM.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas com HAS e DM ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas hipertensas que não comparecem a consulta médica (usuários faltosos).

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas diabéticas que não comparecem à consulta médica (usuários faltosos).

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Para monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas a equipe de enfermagem do grupo em conjunto com a médica revisarão a planilha eletrônica de registro utilizada no dia a dia em nossa unidade para verificar a data correta das consultas e avisar com os ACS quando tem retorno.

Organização e Gestão do Serviço:

-Fazer visitas domiciliares localizando os usuários com hipertensão e/ou diabetes faltosos a consulta.

Detalhamento: Serão realizadas as terças feiras às 14 horas pela médica e a enfermeira as visitas domiciliares aleatórias com objetivo da busca ativa de pessoas com DM e HAS que não assistem as consultas programadas em nossa unidade para logo agendas novamente e avisar com os agentes de saúde.

-Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e/ou diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será realizada pela estagiaria um controle dos usuários provenientes da busca ativa nas visitas domiciliar e preenchido num caderno separado para logo agendar de forma organizada suas consultas e verificar sua assistência no dia a dia.

Engajamento público:

-Informar a população a importância de assistir a consulta em tempo.

Detalhamento: Através dos agentes de saúde e nas consultas tanto medicas como de acolhimento no dia a dia em nossa UBS se explicara a população a importância de assistir as consultas antes dos sintomas diferente de suas doenças para assim evitar futuras complicações e o melhoramento de sua qualidade de vida.

-Esclarecer para as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Se realizará uma divulgação através da rádio local de nosso município pelos ACS sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas no dia a dia de os usuários que vão participar na intervenção.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Será feita pela medica e a enfermeira as sextas na tarde uma capacitação a os ACS tomando em conta o protocolo da periodicidade das consultas nestes usuários e a importância de levar esta orientação nas visitas no dia a dia.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação:

-Monitorar a qualidade dos registros das pessoas com hipertensão e/ou diabetes acompanhadas na unidade de saúde.

Detalhamento: Para monitorar a qualidade dos registros do programa hiperdia a equipe de enfermagem de nossa unidade revisará as planilhas eletrônicas todas as segundas de maneira minuciosa assegurando que todos os dados sejam devidamente preenchidos nas consultas no dia a dia.

Organização e Gestão do Serviço:

-Definir responsável pelo monitoramento e avaliação dos registros

Detalhamento: A licenciada em enfermagem de nossa unidade será responsável pelo monitoramento e avaliação dos registros que serão revisados as segundas pela

manhã ao começo da semana e as sextas as 14 horas ao terminar os atendimentos médicos no dia a dia.

-Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Para realizar o registro das informações nossa equipe de trabalho resolveu registrar estas diretamente nas planilhas eletrônicas implantadas para nossa intervenção em os computadores de nossa unidade.

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

Detalhamento: A equipe de nossa unidade no dia a dia utilizará uma planilha eletrônica de Excel feita pelo técnico de informática de nossa unidade onde se especificará em uma coluna de diferentes cores os aspetos citados para situações de alerta e assim poder dar prioridade de atendimento no dia a dia.

-Fazer a carteira de identidade do programa de acompanhamento a HAS e/ou DM.

Detalhamento: Será feita pela estagiária uma carteirinha plastificada na secretaria de saúde de nossa unidade contendo os seguintes dados nome completo, cartão do SUS e idade, para melhor identificação do usuário no dia a dia no local de acolhimento que participa do programa.

Engajamento público:

-Orientar nas visitas domiciliares os usuários hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre os direitos em relação à manutenção e atualização de seus registros de saúde.

Detalhamento: Será orientado pela enfermeira e pela médica nas visitas domiciliar através de conversas objetivas os direitos que estes possuem sobre a constante atualização de seus dados médicos em cada consulta médica no dia a dia.

Qualificação da prática clínica:

- Capacitar à equipe de trabalho no preenchimento de dados necessários no registro das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Será realizada uma capacitação em nossa unidade para toda a equipe de trabalho pela médica as quartas férias de manhã usando as planilhas inseridas em cada computador de nossa unidade que vão ser utilizadas no dia a dia com o objetivo de saber seu funcionamento e seu preenchimento com qualidade.

Objetivo 5: Mapear as pessoas com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação:

- Fazer avaliação do número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com realização da estratificação de risco no ano.

Detalhamento: Se realizará no local de acolhimento de nossa unidade pela estagiaria um levantamento baseada nas informações de cada usuário de nossas planilhas eletrônicas sobre a estratificação de risco durante o ano de forma quantitativa e logo serão agendada uma consulta de revisão.

Organização e Gestão do Serviço:

- Fazer um registro das pessoas hipertensas e diabéticas com alto risco para doenças cardiovasculares.

Detalhamento: Será feito em nossa unidade pelo digitador uma planilha eletrônica utilizando EXCEL e sinalizando com o cor vermelho os usuários com diabetes e hipertensão que tem risco cardiovascular e seu grau.

- Nas consultas, priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes com alto risco.

Detalhamento: Revisar todos os dias no local de acolhimento de nossa unidade pela estagiária a planilha eletrônica de cada usuário para saber sua estratificação de risco e assim dar prioridade ao agendamento de consultas no dia a dia.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Será orientado pela médica nas consultas diárias o nível de riscos de cada usuário e a importância de assistir as consultas quando sejam agendadas para poder ter um controle regular de suas doenças e evitar suas complicações.

-Esclarecer para as pessoas hipertensas, diabéticos e para a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, sedentarismo,).

Detalhamento: Será feito nas quintas feiras às 13 horas pela nutricionista em nossa unidade uma palestra com um grupo de pessoas diabéticas, hipertensas e para a comunidade de maneira geral que gostariam de assistir para ensinar e esclarecer a importância do adequado controle de fatores de riscos modificáveis como alimentação e sedentarismo que são as primeiras causas de descompensaram estas doenças de base.

Qualificação da prática clínica:

-Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco.

Detalhamento: Será realizada nas sextas feiras às 14 horas em nossa unidade a capacitação que tem como objetivo treinar e preparar a toda nossa equipe sobre como reconhecer os riscos da doença e sua estratificação no dia a dia.

-Capacitação da equipe para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Será realizada uma palestra pela nutricionista em nossa unidade as quartas de manhã englobando a toda nossa equipe como o objetivo de conhecer quais são os riscos modificáveis e como levar a cabo seu controle na comunidade.

-Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: Será feito uma capacitação em nossa unidade pela enfermeira e a medica as quintas férias na tarde com toda a equipe para demonstrar como serão preenchidos os dados nas planilhas eletrônicas no computador.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Monitoramento e avaliação:

-Monitorar a realização de orientações às pessoas com hipertensão e/ou diabetes sobre temas de alimentação saudável.

Detalhamento: Para monitorar as orientações dadas aos usuários com hipertensão e/ou diabetes sobre temas de alimentação saudável a médica da unidade fará nas consultas no dia a dia na UBS um questionário sobre os hábitos alimentares, qual e o consumo de sal nas comidas, que consomem diariamente no almoço e nas jantas para saber se realmente entenderam o falado nas consultas.

Organização e Gestão do Serviço:

-Organizar práticas coletivas, sobre temas de alimentação saudável.

Detalhamento: Será passado um vídeo no Clube cultural de nosso município pela nutricionista as quartas férias de manhã onde se abordaram temas referidos a uma alimentação saudável e exemplos de dietas nestes usuários para melhorar sua qualidade de vida.

Engajamento público:

- Orientar pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Se realizará em nossa UBS uma exposição na sala de acolhimento as quartas de manhã pela médica e a nutricionista sobre os alimentos que cada

usuário deverá consumir no dia a dia dentro de sua dieta para lograr um melhor controle de suas doenças e lograr uma melhor qualidade de vida.

Qualificação da prática clínica:

-Capacitar a equipe de trabalho sobre temas de alimentação saudável.

Detalhamento: Se realizarão uma capacitação na UBS as quintas feiras pela tarde pela nutricionista onde se abordarão temas referidos a alimentação saudável e como explicar as dietas corretas para cada usuário nas consultas no dia a dia.

Meta 6.2: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Monitoramento e avaliação:

-Monitorar a realização de orientações aos usuários hipertensos e diabéticos sobre temas de pratica regular de atividade física.

Detalhamento: Para monitorar as orientações dadas a estes usuários sobre a pratica regular de atividade física a equipe de enfermagem fara pesagem destes usuários antes de começar a semana antes de fazer alguma atividade física e será preenchido na planilha eletrônica para quando finalize a semana saber sim realmente aqueles que tinham que emagrecer o aumentar de pessoa escutaram as orientações dadas pela medica em cada consulta do dia a dia.

Organização e Gestão do Serviço:

-Organizar práticas coletivas, sobre temas de pratica regular de atividade física.

Detalhamento: Serão realizadas no Planalto interior as quintas feiras às 14 horas uma palestra pelo educador físico que tem como objetivo dar a conhecer a importância da pratica regular de exercícios de cada usuário para evitar sedentarismo, obesidade e lograr ter uma qualidade de vida ótima.

Engajamento público:

- Fazer atividades de promoção na comunidade para pessoas com hipertensão e/ou diabetes e familiares sobre prática regular de atividade física.

Detalhamento: Se realizará frente de nossa UBS as sextas feiras pela tarde uma demonstração pelo educador físico de cada exercício que os usuários com hipertensão, diabetes e seus familiares deverão fazer na sua rotina no dia a dia conforme a sua estratificação de riscos.

Qualificação da prática clínica:

-Capacitar a equipe de trabalho sobre temas de pratica regular de atividade física.

Detalhamento: Será realizada uma palestra nas segundas férias as 16 horas pela medica e enfermeira com toda nossa equipe em nossa unidade sobre a importância de a realização de exercícios de maneira regular e individualizada e tomando em conta as doenças de base de estes usuários.

Meta 6.3: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão e a 100% das pessoas com diabetes.

Monitoramento e avaliação:

-Monitorar a realização de orientações aos usuários hipertensos sobre risco do tabagismo.

Detalhamento: Para monitorar as orientações dadas aos usuários hipertensos sobre risco do tabagismo a equipe de enfermagem do programa, revisarão a planilha eletrônica de cada usuário e atualizara os dados logo de cada consulta medica diária.

Organização e Gestão do Serviço:

-Organizar práticas coletivas sobre temas de risco do tabagismo.

Detalhamento: Será feito no Bairro Vida Nova as terças na tarde pela médica e a enfermeira uma palestra de tabagismo como objetivos de dar a conhecer através de exemplos como afeta diretamente os órgãos alvos em cada usuário com estas doenças de base e como logramos prevenir suas futuras complicações.

Engajamento público:

- Fazer atividades de promoção na comunidade para usuários com hipertensão e/ou diabetes e familiares sobre risco do tabagismo.

Detalhamento: Será apresentado um vídeo aos usuários hipertensos, diabéticos e seus familiares no clube cultural de nosso município as quintas feiras às 15 horas sobre os riscos do tabagismo, sua incidência no Brasil e as complicações que este vício pode trazer nestas doenças de base.

Qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe de trabalho sobre temas de risco do tabagismo.

Detalhamento: Será realizada uma mesa redonda com toda a participação de nossa equipe de trabalho em nossa UBS pela médica e enfermeira com objetivo de capacitar a todos sobre quais são os riscos do tabagismo, suas complicações e como fazer sua prevenção.

Meta 6.4: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão e a 100% das pessoas com diabetes.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Será elaborada uma planilha eletrônica pela assistente do dentista no consultório odontológico do ESF que objetiva monitorar os usuários com Diabetes e Hipertensão que vão as consultas odontológicas no dia a dia.

Organização e Gestão do Serviço:

- Organizar práticas coletivas sobre temas de higiene bucal.

Detalhamento: Se realizara pelo dentista uma palestra no Bairro Centenário as quintas pelas tardes onde se falara sobre a importância de uma boa higiene bucal e uma perfeita escovação para evitar doenças periodontais e cáries.

Engajamento público:

- Fazer atividades de promoção na comunidade para pessoas hipertensas, diabéticas e familiares sobre higiene bucal.

Detalhamento: Para a realização de atividades de promoção sobre higiene bucal na comunidade o dentista de nossa unidade e sua assistente faram uma demonstração com cada um dos usuários com diabetes, hipertensão e seus familiares sobre a maneira correta da escovação e uso do fio dental no dia a dia e será entregue uma escova logo da apresentação.

Qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe de trabalho para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Será feita uma capacitação na UBS pelo dentista englobando toda nossa equipe utilizando Datashow sobre as principais orientações de higiene bucal, como realizar a escovação, uso do fio dental e doenças periodontal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão e diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão e diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 1.2: Cadastrar 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.2: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1: Realizar exames clínicos periódicos a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.2: Realizar exames clínicos periódicos a 100% das pessoas com diabetes.

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

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100 % das pessoas com diabetes a cada 03 meses com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade.

Indicador 2.3: Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.4: Garantir a 100 % das pessoas com hipertensão a solicitação realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de pessoas com hipertensão com os exames em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.5: Garantir a 100 % das pessoas com diabetes a solicitação realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5: Proporção de pessoas com diabetes com os exames em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100 % das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 2.6: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100 % das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 2.7: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.8: Realizar avaliação de necessidade de atendimento odontológico em 100 % das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.8: Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.9: Realizar avaliação de necessidade de atendimento odontológico em 100 % das pessoas com diabetes.

Indicador 2.9: Proporção de pessoas diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas hipertensas com hipertensão faltosas as consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas as consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

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

Numerador: Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à pessoas com diabetes Mellitus.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à pessoas com diabetes Mellitus.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2: Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.3: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre a prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100 % das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre a prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100 % das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos de tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100 % das pessoas com diabetes.

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

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos de tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100 % das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.7: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100 % das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de hipertensão e diabetes vamos adotar o Manual Técnico de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde, 2013 além disso utilizaremos as fichas espelhos disponibilizadas pelo curso aonde insertaremos os usuários com diabetes mellitus e hipertensão arterial de nossa UBS. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal e dados relativos a classificação e estratificação de riscos nestes usuários. Assim para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, a médica, o dentista e as enfermeiras vão elaborar uma ficha complementar que tenha incluso todos estes dados tão importantes em nossa intervenção.

Estimamos alcançar com a intervenção que 571 hipertensos e 102 diabéticos atendidos de maneira integral em nossa unidade e de acordo com nosso protocolo. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 673 fichas espelho necessárias e para imprimir as 673 fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, à medida que os usuários diabéticos e hipertensos venham para o atendimento em nossa unidade serão preenchidos os dados nas fichas espelhos em uso na intervenção. As fichas espelhos serão completada pela enfermeira com base nos registros existente no prontuário eletrônico de cada paciente em nossa unidade.

A análise situacional e a definição do foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe de saúde na nossa UBS. Assim começaremos a capacitação sob a responsabilidade da médica e enfermeiras, em que será discutido o manual técnico de hipertensão e diabetes, o qual já existe na nossa UBS, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção de todos os usuários com diabetes mellitus e hipertensão. Temos uma sala de acolhimento na própria UBS, onde ocorrerá esta capacitação, para isto serão reservadas 2 horas ao final do expediente, no horário que usualmente é utilizado para as reuniões de equipe. Será entregue uma cópia do que se estará sendo discutindo, a qual será realizada pela secretária de nosso gestor municipal, com os recursos existentes em nossa UBS. Estas cópias serão entregues para cada membro da equipe, explicitando sobre o

manual técnico, podendo expor o conteúdo e as opiniões a seu respeito. Para realizar esta ação precisaremos de alguns materiais, como, por exemplo, papel e lápis, e quem será a responsável por adquiri-los com a secretaria serão as enfermeiras, além de um Datashow que já existe na UBS, e que será utilizado para estes fins.

O acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos que procurem o serviço será realizado pela enfermeira. Usuários com pressão alta glicose alta e outros problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências e complicações no transcurso de suas doenças, deixando-se algumas vagas nos atendimentos de demanda espontânea.

Além disso os usuários com hipertensão e diabetes que buscam consultas de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que 3 dias, e aqueles que vierem à consulta sairão com a próxima consulta agendada. Também para o agendamento dos usuários provenientes de busca ativa serão reservadas 6 consultas por semana.

A médica e as enfermeiras serão os responsáveis pela sensibilização, esclarecimento, informação e por ouvir a comunidade. Estarão fazendo contato com as associações de moradores eles serão nosso apoio nas comunidades no sentido de ampliar a captação dos usuários com hipertensão e diabetes mellitus que venham a morar na área de abrangência e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Solicitaremos por meio dos ACS uma reunião na UBS com estes representantes, onde serão confeccionados folders com estas comunicações. A médica de família será o responsável por fazer o folder, utilizando alguns materiais como papel e tinta, além de uma impressora que já existente na própria UBS.

Para o monitoramento da ação programática semanalmente, as enfermeiras serão as responsáveis das ações de monitoramento e avaliação. Examinarão as fichas-espelho dos usuários hipertensos e diabéticos, identificando aquelas que estão com consultas atrasadas, que não tem feito exame laboratoriais e sim estratificação de riscos. Os agentes comunitários de saúde, que também auxiliarão no monitoramento, farão a busca ativa de todos aqueles usuários que estão com atraso em consultas.

Estima-se que se buscará 8 usuários por semana, totalizando 32 por mês. Ao fazer a busca, já se agendará a usuários para um horário de sua conveniência.

Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas pela médica de família na planilha eletrônica. Também semanalmente, as enfermeiras revisarão os arquivos dos registros específicos, além de organizá-los para mantê-los atualizados, com as novas informações que se venham coletando, além de acomodar em arquivo próprio os resultados dos exames laboratoriais. Estas profissionais serão responsáveis pelo cadastramento junto com os agentes comunitários de saúde, além disso, disponibilizaremos 673 fichas espelho, fichas de registros específicos de acompanhamento. Para estes se contatará o gestor municipal para que nos forneça estas fichas, sendo responsável por esta ação a médica geral, na primeira semana de implantação do projeto.

Na primeira semana será designada uma das enfermeiras para que seja responsável pela leitura dos resultados dos exames laboratoriais para quando os usuários venham na procura dos mesmos já estejam revisados e seja mais fácil o desenvolvimento do trabalho.

Mensalmente, a médica, que será o responsável pelas visitas domiciliares, estará reunindo-se na sala de reuniões da UBS junto com toda a equipe para organizar e planejar as visitas domiciliares que serão realizadas todas as terças pela tarde, sendo que ele e os agentes comunitários de saúde estarão buscando usuários com hipertensão e diabetes faltosas e identificando os de maior risco, e assim ofereceremos a estas um tratamento diferenciado. A médica e as enfermeiras estarão contatando o gestor municipal para que disponibilize um carro, para a realização destas ações, além de proporcionarmos uma quantidade suficiente de bilhetes pequenos que serão distribuídos nas diferentes comunidades onde se realizarão as visitas sobre a importância da realização de exercícios, uma boa saúde bucal e como prevenir os riscos cardiovasculares.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante três meses realizamos uma intervenção na UBS Valentim Vielmo com foco na atenção as pessoas com hipertensão e diabetes na nossa área adstrita, município de Nova Esperança do Sul, continuamos com o mesmo entusiasmo que nos caracterizou desde seu início. O trabalho foi um desafio para nossa UBS e para todos nós desde o ponto de vista profissional, porque nunca tinha colocado na prática uma intervenção deste jeito, oferecendo uma melhor organização e qualidade de vida aos usuários com estas doenças.

No início foi discutido com toda a equipe qual seria o melhor programa a escolher para realizar nosso projeto. Decidimos entre todos, como base nos resultados da análise situacional, que a ação programática que mais necessitava da intervenção no momento era atenção aos usuários com hipertensão e diabetes de nossa área, também foi escolhido porque é um dos problemas mais incidentes que enfrenta nosso município.

Foi apresentado também o projeto para os líderes comunitário, gestor municipal e todos os integrantes da UBS, dizer que o projeto teve um grande impacto, nunca realizado na UBS uma intervenção desta magnitude, que envolvendo usuários que estão mais propensos a complicações, aceita por unanimidade por todos e com o compromisso de ajudar em tudo que necessário para fazer melhor nosso trabalho. Fizemos a capacitação de toda nossa equipe, se estabeleceu a papel de cada profissional na ação programática e em cada reunião, a médica e a enfermeira apresentavam um tema relacionado com nosso projeto e discutiam sobre o assunto.

Em todo momento contamos com ajuda de nossa secretária de saúde e demais funcionários, o qual foi fundamental para que tudo desse certo, além disso, para que continuasse como uma ação programática organizada na UBS.

Foram capacitados todos os profissionais de saúde de nossa UBS nas respectivas semanas segundo o cronograma da intervenção sobre os protocolos de HAS e DM, além dos tratamentos atualizados, não ficando nenhum detalhe para ser discutido já que disso dependia o êxito de nosso trabalho.

Durante toda a intervenção foram feitos os cadastros dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, população alvo de nossa intervenção, monitoramento e avaliação, acompanhamento da agenda de marcação de consulta, tudo registrado nos prontuários e nas fichas espelho implantadas no início da intervenção. Realizamos atendimento clínico, acolhimento, contato com as lideranças comunitárias, formamos vários grupos de usuários com hipertensão e/ou diabetes, trabalhamos vários assuntos, não somente o correspondente a suas doenças crônicas, mas também como evitar outras doenças que muitas vezes podem vir acompanhadas, assim como melhorar a qualidade de vida destes usuários.

Durante os três meses de intervenção os grupos foram realizados para todos usuários com hipertensão e/ou diabetes correspondentes a nossa área de abrangência na forma de palestras, rodas de conversas, abordando os temas de saúde bucal, a prática de exercício de maneira regular, alimentação saudável, o uso adequado de medicamentos para cada doença, a não adesão ao uso de álcool, drogas e tabaco. Participaram dos trabalhos com os grupos a médica da família, nutricionista, professor de educação física, farmacêutica, enfermeiras e dentista.



Figura 5: Foto da visita domiciliar



Figura 6: Foto do Grupo de hipertensos e Diabéticos do centro.



Figura 7: Foto do Grupo de hipertensos e diabéticos no bairro Centenário.



Figura 8: Foto do Grupo de hipertensos e diabéticos do interior Planalto.



Figura 9: Foto da Verificação dos Sinais Vitais no grupo de pessoas com hipertensão e diabetes

A médica da família junto com toda equipe sentiram-se felizes com os resultados, pois conseguimos cumprir com todas as metas planejadas em cada objetivo proposto, buscando o total cadastramento dos usuários com DM e Hipertensão da nossa área, atingindo a cobertura e todos indicadores de qualidade nos meses da intervenção, como a realização do exame clínico de acordo com o protocolo; exames laboratoriais; estratificação de risco; avaliação da necessidade odontológica e exame dos pés em dia, de acordo com o protocolo.



Figura 10: Foto da Reunião da equipe de saúde.

Houve um aumento gradual das metas propostas a cada mês, todos os usuários cadastrados e acompanhados, com registros adequados, bem orientados quanto aos fatores de risco destas doenças. Apesar de ter alguns altos e baixos, conseguimos o cadastramento total destes usuários, como esta ação programática vai ser mantida na rotina do serviço da nossa UBS, esperamos conseguir atingir todos objetivos e metas para usuários com HAS, igual aos usuários com DM.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.

Quando começamos a intervenção se deram algumas dificuldades entre quais: tínhamos muita queda de luz, o que não permitia utilizar as balanças para pesar as pessoas cadastradas e os computadores onde estavam as planilhas para fazer os registros. Então precisava preencher a PCD a mão e depois, outro dia, preencher no computador, o que gerava trabalho duplo. Outra dificuldade, tínhamos só um esfigmomanômetro, este estragou e conseguimos outro aos dois dias. Durante toda a intervenção talvez a dificuldade mais complexa em nosso município, não tem laboratório para a coleta de sangue com convênio pelo SUS, então não foi muito fácil, conseguir que todos os usuários da nossa intervenção, fazer os exames no mesmo mês solicitado. O laboratório que presta serviço ao município é de Santiago, município que fica mais próximo. As coletas de sangue ocorrem somente na terça-feira pela manhã e com limite do número de usuários, o que deixa a situação complicada, muitos estão agendados há meses de antecedência, os quais não eram usuários de nossa intervenção, mas pouco a pouco conseguimos resolver. Houve reuniões com a gestão discutindo este tema, mas não tivemos muitas

respostas para uma solução, independe de nossa UBS, o limite é o recurso de nosso município, mas como o trabalho continua nos próximos meses, aqueles que não puderam realizar os exames durante a intervenção, certamente conseguirão estar em dia nos próximos meses.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.

No início da intervenção houve certa dificuldade no levantamento dos dados, a equipe não tinha muita experiência com este tipo de trabalho, não era utilizado em nossa rotina de trabalho, trabalhamos com um prontuário eletrônico muito diferente. Além disso, estávamos sobrecarregados com as demais ações programáticas e as urgências, a UBS está localizada no centro da cidade e não temos muita cobertura de médicos, mas à medida que fomos desenvolvendo a intervenção esta dificuldade foi superada, porque além de tudo nossos profissionais têm muito amor pelo trabalho e melhorar a qualidade de vida da população é uma prioridade.

Para mim como médica foi um pouco difícil, no início o preenchimento das fichas espelho, foi a primeira vez que utilizamos em nossa rotina, no dia a dia, além de que, tinha muitos dados para preencher no mesmo dia para cada usuário, eu já tinha experiência em outros tipos de intervenção, mas não como esta, mas foi superado graças ao apoio de toda a equipe, além de sua dedicação pessoal ao trabalho.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Acredito que tudo continuará se desenvolvendo com o mesmo entusiasmo e amor, nossa equipe durante a intervenção tem aprendido muitas coisas importante: trabalhar sempre unida, não somente durante uma atividade; falar de um mesmo assunto, como também oferecer orientações de maneira geral e se organizar para levar várias ações programáticas ao mesmo tempo.

Nossa maior satisfação durante toda intervenção, tem sido melhorar a qualidade dos atendimentos aos nossos usuários com HAS e DM na área da UBS, o qual se alcançou conforme planejamos e receber a gratidão de nossa população alvo da intervenção, nos enche de alegria e forças para continuar a cada dia

oferecendo o melhor de cada um de nós, e assim, alcançar para que nossos usuários vivam com melhor qualidade de vida.

Continuaremos trabalhando nesta ação programática e aquelas ações as quais não conseguimos nos primeiros meses atingir 100% serão conquistadas nos próximos meses à medida que continuemos o nosso trabalho do dia a dia.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção realizada durante 12 semanas na UBS Valentim Viêlmo, município de Nova Esperança do Sul no RS, tratou da melhoria da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes e de ampliar sua cobertura através do cadastramento. A população da área é de 3178 habitantes, a estimativa dos maiores de 20 anos da Planilha de Coleta de Dados (PCD) é de 2130 pessoas, 67% da população total, 483 pessoas com HAS e 119 pessoas com DM. Quando iniciamos a intervenção nosso objetivo e prioridade foi refazer o cadastramento destes usuários para determinar nossa realidade e acompanhar todos os usuários na UBS. Estabelecemos metas de 100% para ampliação da cobertura e acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM, no decorrer da intervenção identificamos um número maior de usuários com HAS, 571 pessoas, superando a estimativa de 483 conforme a PCD. Foram utilizados dados de laboratório dos usuários que tinham realizado exames complementares dois meses anteriores à intervenção e estavam em dia, direcionamos para quem nunca tinham feito e todos os usuários cadastrados foram examinados durante a intervenção e acompanhados durante três meses.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 100 % das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Antes da intervenção nossa UBS contava com um cadastramento de 426 usuários de 20 anos ou mais com HAS, uma cobertura de 76 %. Durante a intervenção foram recadastrados todos os usuários tendo os seguintes resultados por mês: No primeiro mês foram cadastrados 160 usuários totalizando uma cobertura de 28%; no segundo mês foram cadastrados 374 usuários totalizando uma cobertura de 65,5% e no terceiro mês 571 usuário, finalizando a intervenção com uma cobertura de 100%. A ação que mais auxiliou no aumento da cobertura foi o recadastramento de toda a área adstrita por parte dos agentes comunitários de saúde que realizavam visitas domiciliares para chamar os usuários para consultas, além dos agendamentos e acolhimentos realizados na UBS.

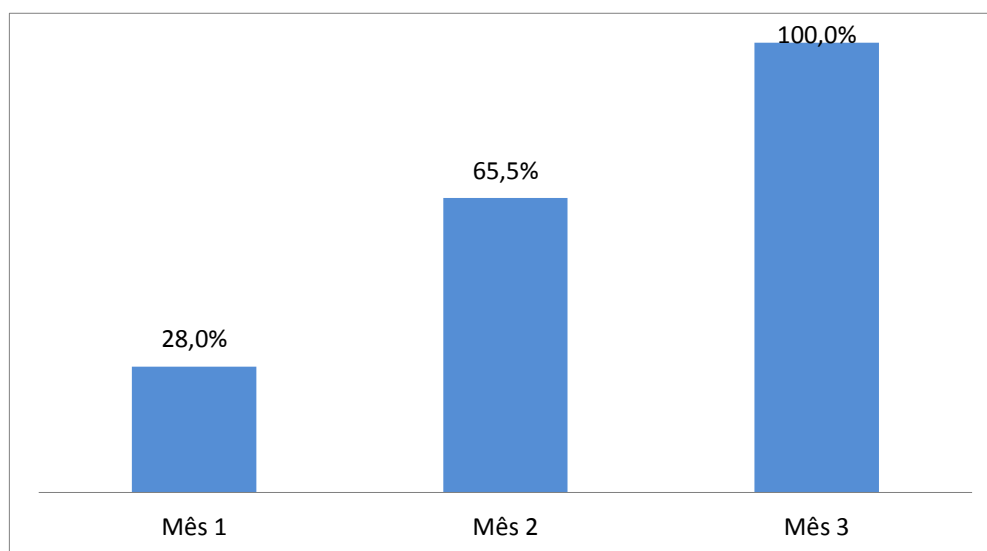


Figura 11: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde

Meta 1.2: Cadastrar 100 % das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Antes da intervenção nossa UBS contava com um cadastramento de 95 usuários com DM com 20 anos ou mais com uma cobertura de 47 %. Durante a

intervenção foram cadastrados todos os usuários tendo os seguintes resultados por mês: No primeiro mês foram cadastrados 33 usuários totalizando uma cobertura de 32,4% no segundo mês foram cadastrados 91 usuários totalizando uma cobertura de 89,2% e no terceiro mês foram cadastrados 102 usuário, finalizando a intervenção com uma cobertura de 100%. A ação que mais auxiliou no aumento da cobertura foi o recadastramento de toda a área adstrita por parte dos agentes comunitários de saúde que realizavam visitas domiciliares para chamar aos usuários para as consultas, além dos agendamentos e acolhimentos realizados na UBS.

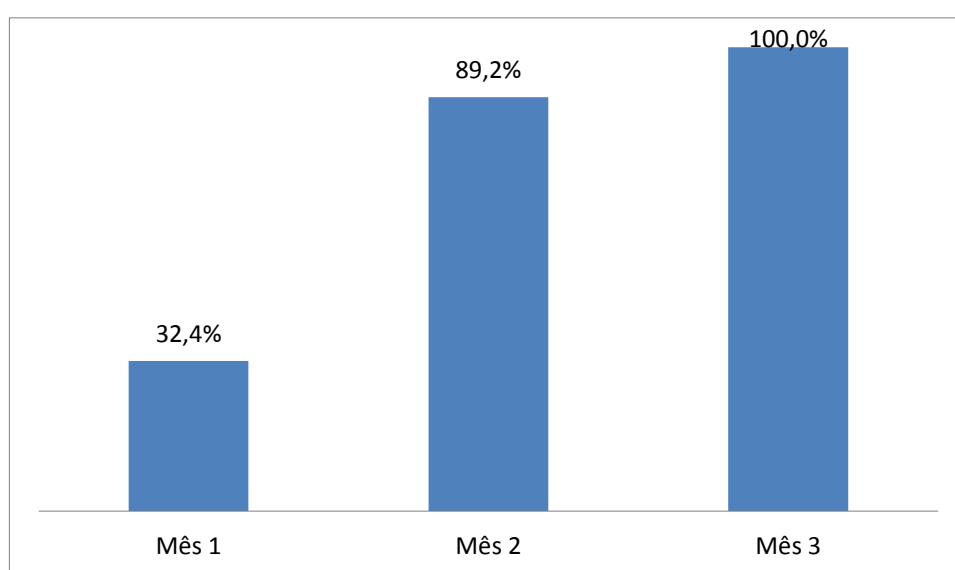


Figura 12: Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1: Realizar exames clínicos periódicos a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Para esta meta obteve-se 100% do resultado. A situação antes da intervenção era de 228 usuários com exame clínico realizados de 426 usuários cadastrados em nossa UBS correspondendo 53%. Ao começar a intervenção decidimos refazer o exame clínico de cada usuário cadastrado pois muitos exames clínicos não cumpriam com o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde, sendo assim, no primeiro mês foram realizados 160 exames clínicos correspondendo 100%, no segundo mês foram realizados 374 exames clínicos correspondendo 100% e por último no terceiro mês foram realizados 571 exames clínico atingindo 100% de usuários cadastrados em nossa intervenção.

A ação que mais auxiliou para obter estes resultados foi a trabalho conjunto da enfermeira e da médica na realização dos exames clínicos de cada usuário durante as consultas, no dia a dia, buscando o cumprimento do protocolo para sua realização. Além disso, o esforço e dedicação dos profissionais da equipe, o que contribuiu muito para se alcançar o resultado tão desejado.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

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

Para esta meta também obteve-se 100% do resultado. Pois antes da intervenção tínhamos realizado 78 exames clínicos de 90 usuários cadastrados em nossa UBS correspondendo 86%. Ao começar a intervenção realizamos o exame clínico mais minucioso a cada usuário cadastrado, conforme previsto, pois muitos exames clínicos não cumpriam com o protocolo estabelecido sendo assim que no primeiro mês foram realizados 33 exames clínicos correspondendo 100%, no segundo mês foram realizados 91 exames clínicos correspondendo 100% e por último no terceiro mês foram realizados os 102 exames clínicos, atingindo 100% dos usuários cadastrados e participantes de nossa intervenção.

A ação que mais auxiliou para obter estes resultados foi o trabalho conjunto da enfermeira e da médica na realização dos exames clínicos de cada usuário nas consultas no dia a dia e no cumprimento do protocolo para sua realização que antes não eram realizados, além da experiência, esforço e dedicação destes profissionais, que contribuiu muito para se alcançar o resultado tão desejado.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3: Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Para esta meta o resultado obtido foi de 100%. Pois antes da intervenção tínhamos realizado só 70 exames dos pés de 90 usuários cadastrados em nossa UBS correspondendo 70%. Ao começar a intervenção decidimos fazer o exame dos pés mais detalhado, muitas coisas podem mudar nesta doença, sendo assim, no primeiro mês foram realizados 33 exames dos pés correspondendo 100%, no segundo mês foram realizados 91 exames dos pés correspondendo 100% e por último no terceiro mês foram realizados 102 exames dos pés, atingindo 100% da meta para todos os usuários cadastrados e participantes de nossa intervenção.

A ação que mais auxiliou para obter estes resultados foi o trabalho em conjunto da enfermeira e a médica na realização do exame dos pés em cada usuário e a presença do material suficiente em nossa UBS para a realização dos testes de sensibilidade de membros inferiores nas consultas no dia a dia.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de pessoas com hipertensão com os exames em dia de acordo com o protocolo.

Para esta meta obteve-se 100% do resultado. Antes da nossa intervenção tínhamos realizado 268 exames complementares de 426 usuários cadastrados em nossa UBS correspondendo 63%. Ao iniciar a intervenção decidimos dar prioridade aos usuários cadastrados que nunca tinham realizado exames complementares, em função da falta de recursos no município e aos poucos indicar para os usuários que já estavam no período de refazer. Sendo assim no primeiro mês foram realizados 16 exames complementares correspondendo 100%, no segundo mês foram realizados

374 exames complementares correspondendo 100% e por último, no terceiro mês foram realizados os 571 exames complementares, atingindo 100% dos exames para todos os usuários cadastrados e participantes de nossa intervenção.

A ação que mais auxiliou para obter este resultado foi o trabalho conjunto da nossa equipe e a secretaria de saúde com o setor de agendamento dos exames complementares para dar prioridade aos usuários participantes de nossa intervenção e buscar encaixar estes nas agendas para sua rápida realização o que contribuiu muito para se alcançar o resultado tão desejado, além disso após a intervenção o setor de agendamento conjunto com a secretaria tão dando mais cobertura depois de haver realizado uma reunião com o pessoal responsável do laboratório que vem de Santiago para aumentar as cotas para a realização de exames complementares nestes usuários e de maneira geral na população.

Meta 2.5: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5: Proporção de pessoas com diabetes com os exames em dia de acordo com o protocolo.

Antes da nossa intervenção, dos 90 usuários cadastrados na UBS somente 65 estavam com os exames complementares em dia, correspondendo 72%. Ao começar a intervenção, decidimos dar prioridade aos usuários cadastrados que nunca haviam realizado exames complementares. Muito desta conduta, se deve à falta de recursos de nosso município e aos poucos voltar a indicar para os usuários que já estavam no período de realizar. Sendo assim que no primeiro mês foram realizados 33 exames complementares correspondendo 100%, no segundo mês foram realizados 91 exames complementares correspondendo 100% e por último no terceiro mês foram realizados os 102 exames complementares atingindo 100% de nossa meta dos exames para todos os usuários cadastrados e participantes de nossa intervenção.

A ação que mais auxiliou para obter este resultado foi o trabalho conjunto da nossa equipe e a secretaria de saúde com o setor de agendamento dos exames complementares para dar prioridade aos usuários participantes de nossa intervenção e buscar encaixar estes usuários nas agendas para sua rápida realização, o que contribuiu muito para se alcançar o resultado tão desejado. Além

disso após a intervenção o setor de agendamento conjunto com a secretaria tão dando mais cobertura depois de haver realizado uma reunião com o pessoal responsável do laboratório que vem de Santiago para aumentar as cotas para a realização de exames complementares nestes usuários e de maneira geral na população.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 2.6: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Este indicador foi cumprido 100%, todos os usuários cadastrados em nossa UBS e participantes de nossa intervenção que foram 571 tem a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Sendo assim que no primeiro mês temos 160 usuários com prescrição de medicamentos na farmácia popular correspondendo um 100 %, no segundo mês 374 usuários correspondendo um 100 % e por último no terceiro mês os 571 receberam medicamentos da farmácia popular correspondendo um 100%.

A ação que mais auxiliou para obter este resultado foi o trabalho conjunto da nossa equipe e a farmacêutica que nos repassou detalhadamente cada medicamento a disposição na farmácia popular para ser utilizado nestes usuários nas consultas do dia a dia.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 2.7: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Este indicador foi cumprido 100%, pois todos os usuários cadastrados em nossa UBS e participantes de nossa intervenção tem a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia sendo assim que no primeiro mês temos 33 usuários com prescrição de medicamentos na farmácia popular correspondendo um 100%, no segundo mês 91 usuários correspondendo um 100% e por último no terceiro mês os 102 receberam medicamentos da farmácia popular correspondendo um 100%.

A ação que mais auxiliou para obter este resultado foi o trabalho conjunto da nossa equipe e a farmacêutica que nos repassou detalhadamente cada medicamento a disposição na farmácia popular para ser utilizado nestes usuários nas consultas do dia a dia.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.8: Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Para esta meta obteve-se 100% do resultado. Antes da nossa intervenção foram realizadas 371 avaliações odontológicas de 426 usuários cadastrados em nossa UBS correspondendo 87%. Ao começar a intervenção no primeiro mês foram avaliados 160 usuários correspondendo a 100%, no segundo mês foram avaliados 374 correspondendo um 100% e por último no terceiro mês foram avaliados os 571 usuários cadastrados e participantes de nossa intervenção.

A ação que mais auxiliou para obter este resultado foi o trabalho de nosso dentista e sua equipe nas consultas do dia a dia além da sua realização das visitas domiciliares nestes usuários que permitia agendar diretamente suas consultas e dar prioridade aqueles que tinham algumas complicações ou mesmo para revisão, dando continuidade à sua avaliação diária, o que contribuiu muito para se alcançar o resultado tão desejado.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.9: Proporção de pessoas diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Para esta meta obteve-se 100% do resultado alcançado. Antes da intervenção foram realizadas 83 avaliações odontológicas de 90 usuários cadastrados em nossa UBS correspondendo 92%. Ao começar a intervenção no primeiro mês foram avaliados 33 usuários correspondendo 100%, no segundo mês

foram avaliados 91 correspondendo 100% e por último no terceiro mês foram avaliados os 102 usuários cadastrados e participantes de nossa intervenção.

A ação que mais auxiliou para obter este resultado foi o trabalho de nosso dentista e sua equipe nas consultas do dia a dia além da sua realização das visitas domiciliares nestes usuários que permitia agendar diretamente suas consultas e dar prioridade de aqueles com algumas complicações o simplesmente para revisão dando continuidade à sua avaliação diária, o que contribuiu muito para se alcançar o resultado tão desejado.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas com HAS e DM ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de pessoas com hipertensão, faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Para esta meta obteve-se 100% do resultado em todos os meses da intervenção. No primeiro mês faltaram 20 pessoas com hipertensão e foi realizada busca ativa para 100%, no segundo mês havia 31 faltosos e foi realizada busca ativa de todos e por último no terceiro mês haviam faltado 32 usuário, durante os três meses de intervenção, foi realizada busca ativa à todos usuários faltosos.

A ação que mais auxiliou para obter este resultado foi o trabalho da nossa equipe e os ACS através das visitas no dia a dia, orientando os usuários a não faltar à consulta programática agendada para fazer a avaliação.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Para esta meta obteve-se 100% da busca de faltosos. Durante a intervenção no primeiro mês faltou à consulta três usuários, no segundo mês haviam faltado cinco usuários e no terceiro mês haviam faltado a consulta um total de seis usuários correspondendo a busca de 100%.

A ação que mais auxiliou para obter este resultado foi o trabalho da nossa equipe e dos ACS através das visitas no dia a dia, orientando os usuários a não faltar a consulta programática agendada para avaliação.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

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

Antes da intervenção a UBS tinha cadastrado 426 usuários, os registros não estavam atualizados, utilizávamos o prontuário de papel que só poderiam ser preenchidos com poucos dados. Com o prontuário eletrônico, as fichas espelho e a planilha de coleta de dados, disponibilizadas pelo curso, conseguimos registrar os dados completos dos usuários. Tendo no primeiro mês 160 usuários cadastrados com registro adequado na sua ficha de acompanhamento correspondendo 100%, no segundo mês 374 cadastradas com registro adequado 100% e no terceiro mês finalizamos com 571 usuários cadastradas, 100% dos registros adequados.

Este indicador foi cumprido 100%, se mantiveram as informações dos prontuários eletrônicos, as fichas espelho e da coleta de dados atualizadas pela médica e a enfermeira, além de criar um arquivo pelos profissionais onde estão organizados os registros realizados durante a intervenção. O empenho e colaboração dos profissionais de sempre preencher adequadamente os registros, foram fundamentais para atingir a meta.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Antes da intervenção, a UBS tinha cadastrado 90 usuários mas seus registros não estavam atualizados, utilizávamos o prontuário de papel que só poderiam ser preenchidos poucos dados, mas com o prontuário eletrônico, as fichas

espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso buscamos preencher todos os dados do usuário. Tendo no primeiro mês 33 usuários cadastrados com registro adequado na sua ficha de acompanhamento correspondendo 100%, no segundo mês 91 cadastradas com registro adequado 100% e no terceiro mês finalizamos com 102 usuários cadastrados, 100% de registro adequado.

Este indicador foi cumprido 100%, se mantiveram as informações dos prontuários eletrônicos, as fichas espelho e coleta de dados atualizadas, pela médica e a enfermeira, além de criar um arquivo por estas profissionais onde foi organizado todos os registros feitos durante a intervenção. O empenho e colaboração dos profissionais em sempre preencher adequadamente os registros foram fundamentais para atingir a meta.

Objetivo 5: Mapear as pessoas com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Nos meses anteriores a intervenção, havia na UBS 426 usuários cadastrados, destes 398 com avaliação para estratificação de risco cardiovascular por critério clínico correspondendo 93%. Ao iniciar a intervenção no primeiro mês tivemos 160 usuários com estratificação correspondendo 100%, no segundo mês tivemos 374 correspondendo 100 % e no terceiro mês finalizou-se com 571 usuários correspondendo 100 %. Este indicador foi cumprido 100%.

A ação que mais auxiliou para obter este resultado foi o trabalho da nossa equipe e a implementação em nossos computadores de uma planilha eletrônica utilizando EXCEL, onde se sinalizavam com o cor vermelho os usuários com risco cardiovascular e seu grau de comprometimento.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Nos meses anteriores à intervenção, havia na UBS 90 usuários cadastrados destes 80 com estratificação de risco cardiovascular por critério clínico correspondendo 89%. No primeiro mês tivemos 33 usuários com avaliação de estratificação de risco correspondendo 100%, no segundo mês tivemos 91 correspondendo 100 % e no terceiro mês finalizou-se com 102 usuários correspondendo um 100 %. Este indicador foi cumprido 100%.

A ação que mais auxiliou para obter este resultado foi o trabalho da nossa equipe e a implementação em nossos computadores de uma planilha eletrônica utilizando EXCEL, onde se sinalizavam com o cor vermelho os usuários com risco cardiovascular e seu grau de comprometimento.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Nos meses antes da intervenção, a UBS tinha 426 usuários hipertensos cadastrados de nossa área mas só 400 eram atendidos em nossa unidade recebendo estes orientação nutricional em cada consulta correspondendo 94%. Os demais usuários estavam acompanhados no serviço privado, realizavam consulta particular em outros municípios. Ao começar a intervenção no primeiro mês tivemos 160 usuários que receberam orientação sobre alimentação saudável, 100%; no segundo mês 374 usuários, 100% e no terceiro mês foi finalizado com 571 usuários orientados correspondendo um 100%.

Este indicador foi cumprido 100%, todos os atendimentos feitos pelas profissionais responsáveis, a médica da família e as enfermeiras, todas os usuários foram orientados sobre alimentação saudável, assim como nas rodas de conversas,

mas a ação que mais ajudou a obter estes resultado foram as capacitações feitas a toda a equipe de saúde sobre estes temas.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2: Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Nos meses antes da intervenção, a UBS tinha 90 usuários diabéticos cadastrados de nossa área e todos eram atendidos em nossa unidade recebendo estes orientação nutricional em cada consulta correspondendo um 100%. Ao começar a intervenção no primeiro mês tivemos 33 usuários que receberam orientação sobre alimentação saudável (100%); no segundo mês 91 usuários (100%) e no terceiro mês foi finalizado com 102 usuários orientados correspondendo a 100%.

Este indicador foi cumprido 100%, todos os atendimentos feitos pelos profissionais responsáveis, a médica da família e as enfermeiras, todas os usuários foram orientados sobre alimentação saudável, assim como nas rodas de conversas, mas a ação que mais ajudou a obter estes resultado foram as capacitações feitas a toda a equipe de saúde sobre estes temas.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.3: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre a pratica regular de atividade física.

Nos meses anteriores a intervenção, a UBS tinha 426 usuários hipertensos cadastrados de nossa área, mas só 400 eram atendidos em nossa unidade recebendo orientação sobre a prática regular de atividade física em cada consulta correspondendo a 94%. Os outros usuários buscavam consultas particulares em outros municípios. Ao começar a intervenção no primeiro mês tivemos 160 usuários que receberam orientação sobre atividade física (100%); no segundo mês 374 usuários, 100% e no terceiro mês foi finalizado com 571 usuários orientados correspondendo um 100%.

Este indicador foi cumprido 100%, os atendimentos feitos pelos profissionais responsáveis, a médica da família e as enfermeiras, todas os usuários foram orientados sobre atividade física, assim como nas rodas de conversas, mas a ação que mais ajudou a obter estes resultado foram as capacitações feitas a toda a equipe de saúde sobre estes temas.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre a prática regular de atividade física.

Nos meses antes da intervenção, a UBS tinha 90 usuários diabéticos cadastrados de nossa área e todos eram atendidos em nossa unidade recebendo orientação sobre a prática regular de atividade física em cada consulta correspondendo um 100%. Ao começar a intervenção no primeiro mês tivemos 33 usuários que receberam orientação sobre atividade física (100%); no segundo mês 91 usuários (100%) e no terceiro mês foi finalizado com 102 usuários orientados correspondendo um 100%.

Este indicador foi cumprido 100%, em todos os atendimentos feitos pelos profissionais responsáveis, a médica da família e as enfermeiras, todas os usuários foram orientados sobre atividade física, assim como nas rodas de conversas, mas a ação que mais ajudou a obter estes resultado foram as capacitações feitas a toda a equipe de saúde sobre estes temas.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Nos meses antes da intervenção, a UBS tinha 426 usuários hipertensos cadastrados de nossa área mas só 400 eram atendidos em nossa unidade recebendo estes orientação sobre os riscos do tabagismo em cada consulta correspondendo um 94%. Pois os outros iam a consultas particulares em outros

municípios. Ao começar a intervenção no primeiro mês tivemos 160 usuários que receberam orientação sobre tabagismo (100%); no segundo mês 374 usuários para um 100% e no terceiro mês foi finalizado com 571 usuários orientados correspondendo um 100%.

Este indicador foi cumprido 100%, em todos os atendimentos feitos pelos profissionais responsáveis, a médica da família e as enfermeiras, todas os usuários foram orientados sobre alimentação saudável, assim como nas rodas de conversas, mas a ação que mais ajudou a obter estes resultados foram as capacitações feitas a toda a equipe de saúde sobre estes temas.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

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

Nos meses antes da intervenção, a UBS tinha 90 usuários diabéticos cadastrados de nossa área e todos eram atendidos em nossa unidade recebendo orientação sobre os riscos do tabagismo em cada consulta correspondendo um 100%. Ao começar a intervenção no primeiro mês tivemos 33 usuários que receberam orientação sobre tabagismo (100%); no segundo mês 91 usuários para um 100% e no terceiro mês foi finalizado com 102 usuários orientados correspondendo um 100%.

Este indicador foi cumprido 100%, já que em todos os atendimentos feitos pelos profissionais responsáveis, a médica da família e as enfermeiras, todos os usuários foram orientados sobre tabagismo, assim como nas rodas de conversas, mas a ação que mais ajudou a obter estes resultados foram as capacitações feitas a toda a equipe de saúde sobre estes temas.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.7: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Nos meses antes da intervenção, a UBS tinha 426 usuários hipertensos cadastrados de nossa área mas só 400 eram atendidos em nossa unidade recebendo 371 orientação sobre higiene bucal em cada consulta correspondendo um 87%. Pois os outros iam a consultas particulares em outros municípios. Ao começar a intervenção no primeiro mês tivemos 160 usuários que receberam orientação sobre higiene bucal (100%); no segundo mês 374 usuários para um 100% e no terceiro mês foi finalizado com 571 usuários orientados correspondendo um 100%.

Este indicador foi cumprido 100%, em todos os atendimentos feitos pelos profissionais responsáveis, a médica da família e as enfermeiras, todas os usuários foram orientados sobre higiene bucal, assim como nas rodas de conversas, mas a ação que mais ajudou a obter estes resultado foram as capacitações feitas a toda a equipe de saúde sobre estes temas.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Nos meses antes da intervenção, a UBS tinha 90 usuários diabéticos cadastrados de nossa área e todos eram atendidos em nossa unidade recebendo estes orientação sobre higiene bucal em cada consulta correspondendo um 100%. Ao começar a intervenção no primeiro mês tivemos 33 usuários que receberam orientação sobre higiene bucal (100%); no segundo mês 91 usuários para um 100% e no terceiro mês foi finalizado com 102 usuários orientados correspondendo um 100%.

Este indicador foi cumprido 100%, já que em todos os atendimentos feitos pelos profissionais responsáveis, a médica da família e as enfermeiras, todas os usuários foram orientados sobre higiene bucal, assim como nas rodas de conversas,

mas a ação que mais ajudou a obter estes resultados foram as capacitações feitas a toda a equipe de saúde sobre estes temas.

4.2 Discussão

A intervenção na Unidade Básica de Saúde Valentim Viêlmo do município de Nova Esperança do Sul propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do número de exames laboratoriais, além da classificação e a avaliação de riscos para estas doenças.

No início foi um pouco complicado realizar esta intervenção, já que nossa UBS está localizada no centro aonde chegam muitas pessoas de demanda espontânea e muitas urgências pôr a falta de médico em nosso município além de nunca ter feito uma intervenção desta magnitude com a implementação de nosso dia a dia planilhas para coleta de dados. Mas tudo foi se ajustando porque se contava com um ACS em todas as micro áreas, isso foi um grande facilitador para o desenvolvimento do trabalho Também tivemos dificuldade pois não se contava com uma análise situacional do município feita anteriormente, e por tanto não tínhamos nada de base para nos guiar e muito menos comparar, mas determinamos em equipe que nosso foco da intervenção seriam os usuários diabéticos e com hipertensão de nossa área alvo.

Ainda que não se tenha atingido a meta estimada em algum indicador desde o primeiro mês, a intervenção promoveu um aumento gradual de exames laboratoriais e clínicos na UBS Valentim Viêlmo do município Nova Esperança do Sul, pois como não tínhamos tantas cotas liberadas para fazer as coletas de sangue pelo laboratório de Santiago. Para isto, precisamos em conjunto com a secretaria de saúde e o setor de agendamento, revisar a agenda para encaixar os novos usuários identificados com HAS e DM durante a intervenção, desta forma conseguimos atingir 100% das nossas metas ao longo dos três meses. Atualmente os exames estão mais rápidos, quando começamos a intervenção foi falado com a gestão local, prefeito e conseguimos aumentar a cota o que hoje nos permite ter mais acessibilidade aos exames previstos pelo protocolo. Após a intervenção, os usuários com estas doenças crônicas alvo da intervenção, estão procurando mais por estes

atendimentos, conseguimos melhorar o serviço oferecido para estes usuários. Sabemos que ainda existem muitas coisas a serem feitas, e que o caminho a percorrer é longo.

O cadastramento dos usuários com diabetes e hipertensão da área adstrita foi ampliado, e o acesso deles à UBS foi facilitado e até priorizado. Com a intervenção, os usuários que foram avaliadas pelas consultas como de maior risco de doenças cardiovasculares receberam um atendimento diferenciado e até encaminhados para uma avaliação especializada.

Procurou-se obter os recursos necessários para o bom desenvolvimento das ações e do atendimento a estes usuários, solicitando ao gestor o apoio para o desenvolvimento da intervenção, provendo de tudo o que for necessário, inclusive da execução dos exames laboratoriais que forem solicitados.

Avaliando tudo o que temos feito, acredito que foi uma grande melhoria no serviço de saúde prestado à comunidade, já que a cada dia houve um aumento da procura nas consultas clínicas e para realização de exame de exame clínico e laboratoriais.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas a diagnóstico, tratamento atualizado e monitoramento dos usuários com hipertensão e diabetes de nossa área. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica da família, das enfermeiras, das técnicas de enfermagem, dos ACS e da recepção. Ficou definido, em linhas gerais, como atribuições de enfermagem a avaliação das prioridades de atendimento destes usuários dependendo dos riscos, também atualização dos registros; às ACS da Unidade, o cadastramento destes usuários da área de atuação da unidade, assim como busca ativa dos faltosos as consultas; à médica coube a atenção especializada destes. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço como a melhora na forma de registro dos demais usuários, a organização da agenda, a integração multidisciplinar para atendimento de outros grupos alvo, o engajamento público, trazendo a comunidade mais perto da equipe e da UBS.



Figura 13: Foto da palestra com a nutricionista na UBS.

Foi pactuado com cada membro da equipe que fosse realizado um correto preenchimento dos registros, explicando a importância de se ter registros fiéis e completos para se realizar a avaliação e o monitoramento da intervenção. A equipe melhorou muito no acolhimento destes usuários, já que, antes do início da intervenção, este não era direcionado para eles, mas para o público em geral.

Outro aspecto positivo foi a aprendizagem rápida da equipe de como manejar as distintas planilhas além dos resultados de exame laboratorial que chegavam em nossa UBS. Isso foi possível após as capacitações. Um dos resultados mais relevantes da intervenção foi que logramos cadastrar a todos os usuários com diabetes mellitus e hipertensão arterial de nossa área de abrangência, além disso que logramos um melhor acompanhamento e melhorar a qualidade de vida. Isso foi motivo de orgulho para a equipe, e denota que o trabalho em grupo é muito ótimo.

Antes da intervenção a equipe não tinha muita unidade e organização na hora de realizar os acolhimentos e desenvolver os diferentes programas. A intervenção veio unificar toda a equipe, além de oferecer oportunidade a outros profissionais do município, como a nutricionista, dentista, educador físico e psicóloga para desenvolver atividades em benefício destes usuários.

As capacitações foram uma oportunidade maravilhosa para que a médica da família distribuisse as responsabilidades. Durante estas capacitações, a equipe entendeu a importância de orientar sobre os fatores de riscos destas doenças, examinar e acolher de maneira adequada a todos os usuários que buscavam atendimentos, já que antes da intervenção foram feitas todas estas atividades de maneira simples, só para cumprir com um programa e não enfocando os problemas de cada um deles como tinha que ser feito. Agora a equipe está mais capacitada e responsável com o melhoramento da saúde de nossos usuários hipertensos e diabéticos, além de trabalhar de maneira mais focada no trabalho em equipe.

Ainda que os profissionais soubessem que tinham que revisar periodicamente os arquivos e prontuários de nossos usuários para saber se tudo estava em dia, este não era feito de maneira adequada, somente uma ou duas vezes a cada quatro meses. A intervenção ajudou a abrir os olhos e focar-se mais nesta atividade tão importante, e passou de um arquivo comum para todos os programas a um arquivo específico para estes usuários. A revisão passou a ser feita semanalmente pelas enfermeiras e a médica de família.

Foi uma grande experiência, tanto para a médica, como para toda a equipe este tipo de intervenção, já que nunca tinha se feito na UBS. Mas durante o desenvolvimento desta, com ajuda de toda a equipe, conseguiu-se perceber muitas dificuldades que tinham passado despercebidas pelos profissionais. Foi um momento de mudanças e de solução dos problemas que foi encontrando a cada dia, e, fundamentalmente, para que outras instituições, como a prefeitura municipal, confirmassem seu apoio a nossa UBS.

A intervenção trouxe a oportunidade de melhorar a forma de registro de dados. Foram implantadas fichas espelho na UBS para todos os usuários, mas durante a intervenção, conseguiu-se que toda população alvo do estudo já tivesse a ficha espelho preenchida na própria consulta.

Antes da intervenção, as atividades de prevenção e promoção da saúde na atenção a estes usuários não era tão planejada e verdade que tínhamos 4 grupos funcionando mas não concentrávamos toda nossa atenção para elevar ainda mais sua qualidade de vida. A intervenção reviu as atribuições da equipe, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, a melhoria dos registros destes usuários, o

agendamento das consultas no dia a dia, além que deu um melhor acompanhamento naqueles usuários que tinham riscos elevado da suas doenças.

Um dos pontos positivos da intervenção foi a mobilização do dentista da UBS, licenciada em farmácia, educador físico, psicóloga e a nutricionista, junto com a médica de família para a realização das rodas de conversas nas diferentes comunidades, assim como também nos grupos de hipertensos e diabéticos realizados durante quase todas as semanas da intervenção direcionadas a prevenção destas doenças de base, evitar suas complicações, a pratica de exercícios para evitar o sedentarismo e a mudança dos hábitos alimentares para evitar futuras complicações principalmente cardiovasculares.

A intervenção trouxe muitas melhorias para a UBS, já que, durante o seu transcorrer, muitos problemas que passam despercebidos foram evidenciados ao longo destes três meses, os quais, muitas vezes, eram obstáculos para o bom desenvolvimento do serviço e obtenção de resultados do que estava sendo feito. Por isso acredito que a tarefa inicial de toda a equipe deve ser gerir e organizar as informações já coletadas na UBS, sem ter que esperar o repasse de dados dos ACS.

A comunidade da área de abrangência foi umas das mais beneficiadas com a intervenção, já que a qualidade da atenção destes usuários com hipertensão e diabetes teve diversas melhorias e um aumento na qualidade de vida .Logo após iniciado o projeto, aumentamos muito o número de rodas de conversas enfocadas nestes temas de prevenção destas doenças, os líderes da comunidade tiveram uma participação mais ativa nas diferentes atividades realizadas, além de termos aumentado o número maior de pacientes com estas doenças foram cadastrados na UBS . Foi esclarecido à comunidade sobre a prevenção nestes usuários com estas doenças, sua importância e o porquê das mudanças na rotina do atendimento na UBS.

A comunidade teve mais voz na UBS, pois a equipe a incentivou a participar mais dos assuntos da promoção e prevenção em usuários com hipertensão e diabetes de nossa área, incentivando a participação popular no planejamento das ações, na sugestão de melhorias no atendimento, esclarecendo sobre seus direitos, além dos seus deveres, na saúde pública.

A satisfação das comunidades pelo trabalho feito foi nossa melhor recompensa, além do aumento na procura dos atendimentos de todos na comunidade, principalmente usuários do interior, já que estes usuários se preocupavam menos por sua saúde, mas com a intervenção isso mudou. Foi satisfatório ver como muitos usuários procuravam os ACS ainda na rua para marcar rodas de conversas e grupos de hipertensos e diabéticos, nunca antes tinha acontecido isto, o que evidencia que o trabalho feito rendeu muitos frutos bons na comunidade.



Figura 14: Foto da visita domiciliar



Figura 15: Foto da campanha de vacinação.

Se iniciasse a intervenção neste momento algumas coisas seriam feitas diferentes, pois hoje tenho mais conhecimento sobre as ações que devem ser realizadas segundo o protocolo. A intervenção poderia ter sido facilitada se a gente houvesse tido um análise situacional na nossa UBS. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar a intervenção. Agora que estamos no final da intervenção, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

Como médica da família e com a governabilidade que tenho na nossa UBS, incentivaria ainda mais toda a equipe a realizar mais atividades com foco na prevenção destas doenças e outros temas de grande importância na sala de espera, já que muitas vezes o período de tempo que demoram os usuários em serem atendidos não é muito aproveitado em oferecer trabalhos de prevenção, o que já é hora de mudar isso.

A intervenção será incorporada à rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos usuários com hipertensão e diabetes.

Vamos a continuar com as mesmas fichas espelho utilizadas na intervenção para a coleta de dados usuários preconizados pela intervenção, e assim poder também monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto.

Estamos felizes que a intervenção continuará como uma ação programática a mais na nossa UBS. E acredito que continuaremos melhorando a cobertura de alguns indicadores à medida que continuemos trabalhando a cada dia.

Principalmente porque temos adequado nossos números de ACS, técnicos de enfermagem e enfermeiras, e o acolhimento continuará sendo cada dia melhor.

É importante sinalar que muitos de nossos usuários principalmente diabéticos por ser uma quantidade menor já tinham feito o exame laboratorial e clínico e que durante a intervenção isto foi aumentando cada dia, o que significa que poucos usuários faltavam realizar os exames e ficar em dia, e isto foi possível ao terminar a intervenção, que logramos alcançar um 100% em todos os indicadores,

não sendo o mesmo com os hipertensos pois no primeiro mês e segundo no logramos atingir o 100 % da meta enquanto a realização de exame laboratorial mas achamos que ao transcorrer está ação na rotina lograremos terminar, o que nos enche de alegria e motivação para continuar fazendo o melhor por nossa população a cada dia e para que continue nosso município oferecendo uma saúde de qualidade.

Alguns exames laboratoriais ainda não retornaram do laboratório já que os resultados demoram um pouco para chegar, porque são analisadas em outro município, além de termos alguns usuários ainda pendentes já que estava demorando os agendamentos produto a pouca cobertura em nosso município. Todas estas dificuldades possibilitaram que muitos de nossos usuários não ficaram em dia. Mas quando retornem todos estes resultados seguiremos cumprindo ainda mais as metas e indicadores implantados neste programa.

5 Relatório da intervenção para gestores.

Como proposta do Ministério da Saúde no ano 2010 e através da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) em parceria com instituições públicas de educação superior e credenciadas pelo Ministério da Educação surgiu a ideia de ofertar a especialização em saúde da família em larga escala, com o objetivo de capacitar os profissionais da Estratégia de Saúde da Família do SUS e promover o aprimoramento da gestão e da organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde, a qualificação da prática clínica, a cidadania e a participação social. Nessa perspectiva, a Universidade Federal de Pelotas, através do Departamento de Medicina Social, lançou, em 2011, a Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância.

Este curso de especialização propicia ao trabalhador/aluno realizar uma intervenção na Unidade Básica de Saúde (UBS) em que trabalha e aprender os conteúdos respondendo às necessidades de seu serviço.

Por meio desta especialização em Saúde da Família e como pré-requisito da mesma, foi realizado ao longo de três meses uma intervenção na Unidade Básica de Saúde Valentim Viêlmo do município de Nova Esperança do Sul. Este projeto teve como objetivo a melhoria da qualidade de vida em usuários com hipertensão e diabetes nossa população alvo. Com este, conseguimos promover o fortalecimento do vínculo com os usuários e a comunidade, refletindo assim na qualidade dos registros, embasando a implantação de fichas espelho, complementando as ações à saúde destes pacientes. A equipe e a comunidade estiveram engajadas na continuidade e capacitação permanente da assistência e promoção integral do cuidado destes.

Houve várias etapas na qualificação da equipe, com a sensibilização da comunidade através dos grupos de educação em saúde com a população alvo do projeto, onde se trataram temas de muita importância como alimentação saudável, a prática sistemática de exercícios físicos, fatores de risco para estas doenças e outras enfermidades crônicas, entre outros temas

que ajudaram a estes usuários a evitar estas e novas doenças. A comunidade contribuiu de forma significativa.

Os usuários compareceram quando solicitado e participaram dos grupos de orientação feitos nas diferentes comunidades. É válido ressaltar que durante esta intervenção a equipe tinha 571 hipertensos e 102 diabéticos na área adstrita.

Quantitativamente, foram monitoradas 571 hipertensos durante os três meses, atingindo uma cobertura de 28,0 % no primeiro mês, 65,5 % no segundo e no último mês logrando-se um 100 % da cobertura. Além disso foram monitoradas 102 diabéticos durante os três meses, atingindo uma cobertura de 32,4 % no primeiro mês, 89,2 % no segundo e no último mês logrando-se um 100 % da cobertura.

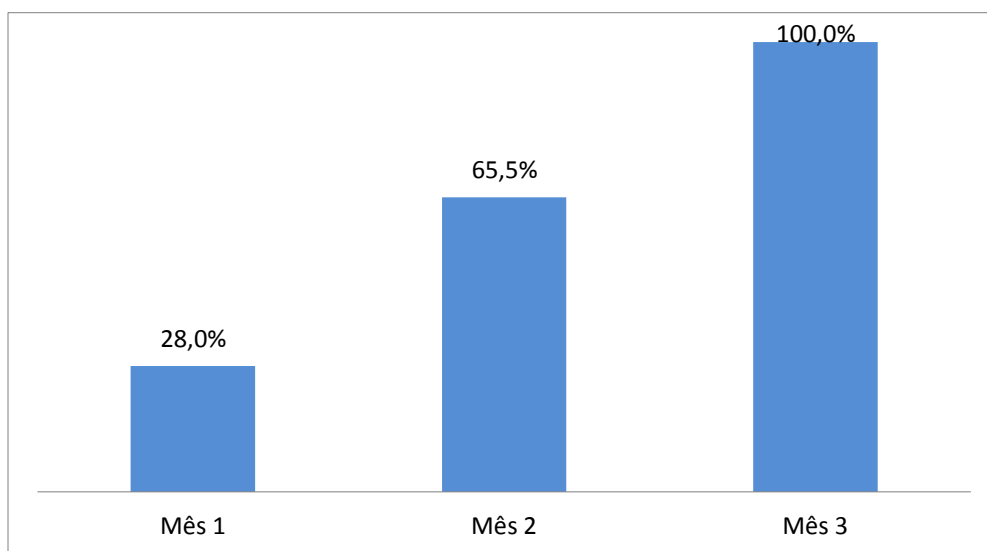


Figura 1: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde

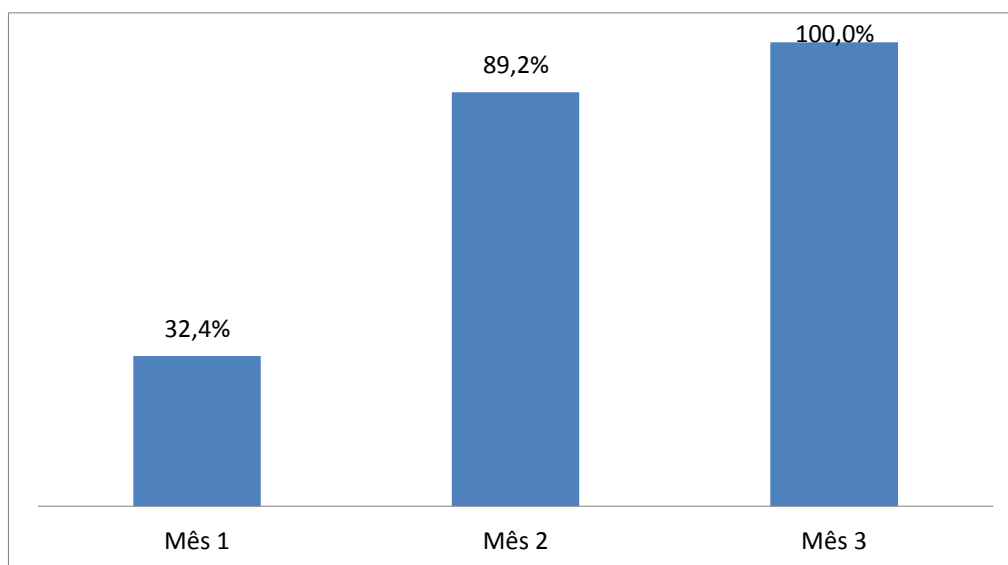


Figura 2: Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde.

Após a intervenção, 100% destes estão com exames laboratoriais e clínico em dia, em todos foram avaliados os fatores de riscos para estas doenças, 100% deles estão avaliados desse o ponto de vista odontológico e 100% deles receberam todas as informações referentes à prevenção destas enfermidades, além dos hábitos alimentares saudáveis, prática sistemática de exercícios físicos, não adesão ao tabaco, álcool e droga além de orientações sobre higiene bucal.

No primeiro momento, foi informado ao gestor sobre os objetivos da intervenção, sendo esta pertinente aos interesses e necessidades da comunidade. Foram organizadas as capacitações da equipe de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde. Também houve revisão dos registros e informações/orientações divulgadas no âmbito da comunidade. Foi repassada ao gestor toda a logística proposta, bem como o desenvolvimento das ações a serem implementadas, para que se atingisse o objetivo e metas propostas. As ações foram organizadas e remanejadas de acordo com as necessidades e/ou sugestões do gestor, não interferindo no cronograma proposto.

A equipe através da capacitação dos profissionais com protocolos do Ministério de Saúde ampliou a eficiência da captação precoce dos usuários

com estas doenças, realizando diagnóstico e monitoramento destes usuários, foco de intervenção na UBS.

As ações programáticas foram realizadas em parceria multiprofissional e interdisciplinar com toda a equipe de saúde, de forma individual e/ou coletiva. Foram capacitados todos os integrantes da equipe, conforme as suas competências profissionais, para dar suporte à intervenção e possuir um determinado papel a cumprir junto aos usuários. As ações visaram tratamento individual e coletivo, visando o apoio da comunidade em geral.

No transcurso da Intervenção nos deparamos com algumas dificuldades como: muitas vezes tínhamos queda de luz que duravam o dia todo e não podíamos acessar as planilhas no computador nem as balanças que são todas digital, além disso pela falta de cota para os exames laboratoriais em nosso município muitas vezes o usuários não podia agendar estes para o mesmo mês ficava para o outro porque nosso município por ser tão pequeno não contamos com laboratório só convenio com outro município que só vem as terças de manhã para fazer coleta.

A Secretaria de Saúde sempre esteve informada de todas as atividades envolvidas diretamente na intervenção, no apoio à saúde desta população, que foi alvo do nosso estudo, bem como, indiretamente, nas demais ações, na saúde da mulher, saúde do homem e do idoso desenvolvidas na comunidade. As ações contaram sempre com o apoio da coordenação das unidades, registradas e divulgadas pela rádio local, visando disseminar informações em nível municipal.

Hoje conseguimos ofertar, no mesmo dia, as consultas clínicas ou de enfermagem além de realizar outras ações na unidade. Isto minimizou os atendimentos e acolhimentos à demanda espontânea, mas os usuários já estão informados dos horários e agendas da unidade, além do que não deixaram de serem realizados os atendimentos às urgências, grupos prioritários (gestante, crianças) ou casos de risco. Portanto, não houve perdas à comunidade, ao contrário, houve uma melhor estruturação dos atendimentos e serviços prestados.

Conclui-se que a intervenção jamais teria alcançado estes resultados obtidos se não houvesse o apoio efetivo da gestão da unidade, pois as ações

causaram um grande impacto e mudanças na rotina de atendimento, e se não fosse o engajamento da gestão na implantação de um novo modelo mais amplo de assistência, o que, certamente, não seriam tão eficientes os ganhos, em todos os níveis, tanto para a equipe como à comunidade.

Também solicitamos apoio para implementação de outros projetos, que tenham os mesmos objetivos de qualificação em outras áreas da saúde, como saúde da criança, do homem, do idoso e que almejem a qualificação dos profissionais e se torne rotina na ESF.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Durante três meses, deste ano 2016, a médica da família e a equipe da UBS realizaram ações para melhorar a prevenção e o cuidado aos usuários diabéticos e hipertensos da área de abrangência pertencente a unidade central do nosso município Nova Esperança do Sul.

Primeiro, conseguimos entrar em contato com líderes da comunidade aonde foi informada a importância do trabalho de acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes para evitar futuras complicações e assim melhorar a qualidade de vida. Foram realizadas várias atividades educativas com os quatro grupos de usuários com hipertensão e diabetes, além de outras pessoas da comunidade que quiseram assistir. Foram falados assuntos de muita importância e interesse para a comunidade, a exemplo, como prevenir às complicações na hipertensão e diabetes, alimentação saudável, a prática de exercício físico para evitar a obesidade e o sedentarismo, evitar o consumo de álcool, cigarro e drogas além dos remédios que devem ser tomados para cada doença.

Todos os usuários que vieram à nossa unidade apresentando estas doenças foram recebidos e escutados seus problemas, conseguimos fazer um cadastro na unidade que registrou cada detalhe das pessoas acompanhadas pela nossa equipe, realizado exame clínico completo e exame de laboratório.

Foram realizadas visitas domiciliares todos os dias pelos agentes comunitários de saúde na busca ativa de usuários com hipertensão e diabetes, as terças feiras eram realizadas pela médica e a enfermeira para avaliar aqueles que foram identificados. Durante as visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde, eram cadastrados e orientados para que fossem as consultas programadas, comparecer aos exames laboratoriais marcados pela secretaria de saúde e as consultas agendas pelo dentista.

As ações que fizemos na unidade fez uma melhoria incrível nos atendimentos, os usuários com hipertensão e diabetes da nossa área foram cadastrados e acompanhados durante estes três meses de acordo com a forma que o Ministério de Saúde recomenda, foi realizado exame físico completo e solicitação de exame laboratorial. Uma das ações realizadas foi aproximar a população da equipe que trabalha na unidade, para que todos possam pedir ajuda sempre que precisarem. A informação a respeito da saúde de cada um está registrada. Temos certeza que a comunidade ganhou um atendimento melhor, de boa qualidade e que aprenderam a cuidar melhor de suas doenças.

Mesmo que de agora em diante estas ações que melhoram a saúde da comunidade vão continuar implementadas no nosso dia a dia, ainda vão ser melhoradas para dar um serviço de excelência e qualidade. Vocês podem se aproximar e ser parceiro da nossa unidade ajudando a fazer um atendimento de saúde de acordo com as necessidades.

Para continuar oferecendo um ótimo atendimento, pedimos a ajuda e o apoio de todos vocês, pois sem isso não tínhamos conseguido colocar em prática esta intervenção e muito menos obter tão bons resultados. Por isto estamos aqui hoje contando o trabalho que foi desenvolvido e também agradecer a colaboração de todos nas ações que foram desenvolvidas.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Fiquei muito feliz quando soube que teria a oportunidade de participar deste curso de especialização, ainda que no início não compreendesse o Projeto Pedagógico, somente visava a minha obtenção do título de especialista em saúde da família e a qualificação profissional. Foi emocionante quando as aulas iniciaram, com muitas expectativas porque nunca tinha participado de uma especialização a distância. Mas logo conheci o Ambiente Virtual de Aprendizagem e comecei a participar das diferentes atividades oferecidas pelo curso, como os fóruns, a interagir com alguns colegas e orientadores, coordenadores, e fundamentalmente com minha orientadora Marcinia, a qual tem sido meu maior apoio.

Ao compreender o Projeto Pedagógico do curso, o objetivo da minha participação deixou de ser pessoal e passou a ser coletivo. Compartilhei tudo o que estava acontecendo neste curso com a equipe da UBS onde trabalho, compartilhei nos fóruns experiências vividas no meu dia a dia, assim como também de outros países onde já tive a oportunidade de trabalhar, como na Venezuela e Cuba. Divulguei o curso para outros profissionais aqui na nossa UBS como pediatra e ginecologista e incentivei a participação deles na especialização.

Realizar a intervenção na UBS Valentim Vielmo de nosso município no início foi difícil, já que a equipe não tinha experiência com este tipo de trabalho, mas, com o tempo, tornou-se mais fácil, já que as orientações do curso foram ótimas ferramentas para desenvolvimento deste e, sobretudo, contei com o apoio de minha orientadora e de toda a equipe da minha UBS.

Tive algumas dificuldades no início pois muitas vezes tínhamos queda de luz que não nos deixava usar a balança pois é digital, os computadores travavam e não podíamos utilizar as planilhas, além disso tínhamos muita demanda de urgências e usuários pois é um UBS localizada no centro aonde tudo mundo procura atendimento pela falta de médico no município. Mas, à

medida que passou o tempo, comecei a ganhar mais experiência e a demonstrar a toda equipe que o trabalho a realizar também era de suma importância para melhorar a qualidade de saúde da nossa população, e foi então que este veio a ser uma das prioridades de nossa saúde no município.

O curso de especialização em saúde da família da UFPel significou para a minha prática profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimentos sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF), além de aprender e compreender ainda mais o SUS do Brasil. Também foi uma oportunidade de mudanças na qualidade de vida dos usuários com hipertensão e diabetes de nossa área. Também trouxe muita experiência para todos os membros da equipe da UBS de Nova Esperança do Sul, além da valorização profissional. Contribuiu para que a médica da família e a equipe se organizassem melhor na hora de realizar as diferentes atividades nas comunidades, e na tomada de decisões no momento de priorizar os programas de saúde na atenção primária.

Os aprendizados mais relevantes foram o melhor planejamento das ações em saúde, o conceito e a organização da demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família e fundamentalmente a organização do processo de trabalho dos membros da equipe.

Apreendi, neste curso, que nossas ações em saúde devem ser sempre programadas baseando-se em nos dados da população da área de abrangência, pois é aí onde são apresentadas todas as dificuldades e necessidades desta e onde podemos definir e/ou priorizar ações direcionadas a elas, promovendo um impacto no processo saúde-doença dessa população.

Apreendi também que uma equipe desunida não tem sucesso, ainda que tenha todas as logísticas e os recursos necessários. Na união está a força, e que sempre se pode fazer mais pela população, que se não mudamos primeiramente nosso pensar e a maneira de olhar as coisas nossos objetivos serão em vão. Acredito que a partir de agora serei uma melhor profissional, mais humana, mais dedicada ao trabalho que faço, mais organizada e, sobretudo, sempre me colocar no lugar da outra pessoa que vem em busca de ajuda, por qualquer que seja seu problema, para tratá-las com muito amor e respeito, coisa que se faz necessária para proporcionar uma melhor resolubilidade das necessidades dos nossos usuários

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n° 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n° 36.

Apêndices

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes - Mês 1								
Dados para Coleta	Número do usuário	Nome do usuário	Idade do usuário	O usuário tem hipertensão?	O usuário tem diabetes?	O usuário está com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo?	O usuário com diabetes está com exame dos pés em dia?	O usuário está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de usuários cadastrados	Nome	Em anos	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							

Indicadores Pessoas com Hipertensão e/ou Dia								
Dados para Coleta	Número do usuário	Nome do usuário	O usuário necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos prescritos são da Farmácia Popular/Hiperdia?	O usuário foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O usuário está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o usuário com consultas em atraso?	O usuário está com registro adequado na ficha de acompanhamento?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de usuários cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							

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