

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS–UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Departamento de Medicina Social
Curso de Especialização em Saúde da Família
Turma VIII



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção á Saúde dos usuários com HAS e/ou DM maiores de 20
anos na ESF II, Santa Clara, Tenente Portela/RS**

Erileydis Rodriguez Acosta

Pelotas, 2015

Erileydis Rodriguez Acosta

**Melhoria da atenção á saúde dos hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos,
ESF II, Santa Clara, Tenente Portela/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 (a): Maraiza Alves Freitas

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

A185m Acosta, Erileydis Rodriguez

Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos
Maiores de 20 Anos, ESF Ii, Santa Clara, Tenente Portela/RS /
Erileydis Rodriguez Acosta; Maraiza Alves Freitas, orientador(a). -
Pelotas: UFPel, 2015.

114 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da
Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de
Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença
Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Freitas, Maraiza Alves,
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico à realização do trabalho:

A minha filha que é meu sol de cada amanhecer.

A meus pais pelo apoio durante toda minha vida.

As minhas amizades, colegas e outros que fizeram possível a realização da intervenção.

Agradecimento

Ao Programa Mais Médico pela oportunidade de oferecer ajuda à população brasileira quanto à saúde.

À Universidade Federal de Pelotas por oferecer o curso da Especialização em Saúde da Família.

A minha equipe de trabalho pelo acolhimento e apoio durante este período.

A todos aqueles envolvidos direta ou indiretamente no projeto.

“Você nunca sabe que resultados virão da sua ação, mas se você não fizer nada não existirão resultados.”

Mahatma Gandhi.

Resumo

RODRIGUEZ ACOSTA, Erileydis. **Melhoria da atenção á saúde dos hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos, ESF II, Santa Clara, Tenente Portela/RS. 2015.** Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2015.

O trabalho trata-se de uma intervenção que se destinou a população hipertensa e diabética da ESF 2 Santa Clara do município Tenente Portela/RS durante um período de 12 semanas. A escolha da população alvo se deu ao fato de que as doenças hipertensão arterial e diabetes *mellitus* constituem em fatores agravantes do risco cardiovascular, sendo que na população da área da unidade Santa Clara há uma alta prevalência destas condições. Estiveram envolvidos no estudo 223 hipertensos e 42 diabéticos. O principal objetivo foi Melhorar a Atenção á Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus maiores de 20 anos na ESF II Santa Clara, em Tenente Portela, Rio Grande do Sul. Para o cumprimento deste objetivo, considerando as orientações do Ministério da Saúde, fundamentos nos Protocolos atualizados sobre HAS e DM, e por meio do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, elaborou-se um cronograma com as atividades a serem realizadas em cada semana da intervenção. A intervenção para o desenvolvimento de ações envolveu os quatro eixos do curso como: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, utilizando-se a ficha espelho e a planilha de coleta de dados (anexo) para monitorar o desenvolvimento da intervenção. As ações previstas consistiam em atendimentos clínicos, visitas domiciliares, educação em saúde da população, capacitação dos profissionais da equipe e apoio da gestão municipal para atender as demandas da unidade assim da população assistida pela equipe. Com a intervenção, ampliamos a cobertura de atendimento a hipertensos e diabéticos, a cobertura no início da intervenção era menor que 7,0% (34) e foi para 23,6% (115) ao final do terceiro mês da intervenção. Com relação aos diabéticos, era menor de 6% (5) no início da intervenção e ao final atingimos a cobertura de 31% (26) diabéticos cadastrados e acompanhados. A intervenção é importante para a equipe, o serviço e a comunidade porque vai ser incorporado na rotina do dia a dia, permitindo a atualização dos registros dos usuários hipertensos e diabéticos de

nossa área de abrangência e assim uma organização e melhor desenvolvimento no atendimento da população, garantindo ainda melhor controle das doenças crônicas porque os pacientes serão monitorados quanto ao número de consultas, a realização dos exames de laboratório, evitando assim as complicações da Hipertensão Arterial e da Diabetes Mellitus, além de potencializar a realização de ações semelhantes para outras áreas programáticas, favorecendo toda a população assistida na unidade de saúde.

Palavras-chave: saúde da família; atenção primária à Saúde; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	80
Figura 2	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	80
Figura 3	Gráfico da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	81
Figura 4	Gráfico da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	82
Figura 5	Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	83
Figura 6	Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	83
Figura 7	Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	85
Figura 8	Gráfico da proporção de diabético com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	85
Figura 9	Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.	89
Figura 10	Gráfico da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.	90

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS -	Agente Comunitário da Saúde
APS-	Atenção Primária da Saúde
AVC-	Acidente Vascular Cerebral
CAPS-	Centro de Atenção Psicossocial
CEO-	Centro de Especialidades Odontológicas
DM-	Diabetes Mellitus
DTS	Doenças de Transmissão Sexual
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS-	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV-	Vírus da Imunodeficiência Humana
HGT-	Hemoglicoteste
IAM-	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS-	Ministério de Saúde
NASF-	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PA-	Pressão Arterial
SAMU-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB-	Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS- Sistema único de Saúde

USF- Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	12
1 Análise Situacional	14
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	14
1.2 Relatório da Análise Situacional	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	26
2 Análise Estratégica	28
2.1 Justificativa	28
2.2 Objetivos e metas	30
2.2.1 Objetivo geral	30
2.2.2 Objetivos específicos e metas	30
2.3 Metodologia	32
2.3.1 Detalhamento das ações	32
2.3.2 Indicadores	59
2.3.3 Logística	64
2.3.4 Cronograma.....	73
3 Relatório da Intervenção.....	75
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	75
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	77
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	77
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	77
4 Avaliação da intervenção.....	79
4.1 Resultados.....	79
4.2 Discussão	93
5 Relatório da intervenção para gestores	97
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	99
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	101
Referências	103
Apêndices.....	104
Anexos.	108

Apresentação

Meu trabalho consiste em melhorar a Atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão arterial e Diabetes mellitus maiores de 20 anos na ESF II - Santa Clara do município Tenente Portela que pertence ao Estado de Rio Grande do Sul. O estudo teve um período de desenvolvimento de 12 semanas, com o apoio de toda a equipe de trabalho que esta integrada por 2 médicos: um brasileiro e um cubano, uma odontóloga, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem e 8 agentes comunitários de saúde.

A Análise Situacional é descrita no capítulo 1, apresentamos a situação da UBS em relação às características sociais, demográficas e epidemiológicas, considerando diferentes ciclos de vida, bem como a interface com demais pontos da rede de atenção municipal.

A Análise Estratégica, capítulo 2, foi definido o foco da intervenção, sendo descrita a justificativa para a escolha do tema e da população alvo, explicamos a metodologia e detalhamento das ações, são definidos os objetivos, metas e indicadores da intervenção, a logística e o detalhamento das ações também são apresentados.

O Relatório da Intervenção, no capítulo 3 refere-se as ações previstas e desenvolvidas ao longo da intervenção, assim como as ações previstas e não desenvolvidas, ou desenvolvidas parcialmente, e os aspectos que foram positivos e negativos durante o desenvolvimento das ações.

A Avaliação da Intervenção é apresentada no capítulo 4, com descrição dos resultados e apresentação dos gráficos que retratam a evolução dos indicadores durante os três meses, além disso, apresentamos as discussões destes resultados.

O Relatório para os Gestores é apresentado no capítulo 5 a fim de expor ao gestor municipal a necessidade do apoio da gestão para que os resultados pudessem ser alcançados na comunidade com a intervenção, além de reforçarmos a relevância de ampliarmos a intervenção a outras áreas programática.

O relatório destinado à comunidade é descrito no capítulo 6, no qual apresentamos à comunidade todas as ações que foram realizadas durante a intervenção, quais os resultados e os ganhos que a comunidade teve com a intervenção e como é fundamental o apoio da comunidade para expansão e consolidação das ações praticadas durante a intervenção.

No capítulo 7 finalizamos com uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem que se deu com a intervenção e com todo curso de especialização em saúde da família.

1 Análise Situacional.

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Minha ESF tem uma estrutura para mim boa porque ali tem dois médicos Especialistas em Medicina Geral um do Brasil e eu do Programa Mais Médicos, duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira, uma dentista e os agentes de saúde. Trabalhamos todos os dias das 08:00 até as 11:30 e depois na tarde de 13:00 até as 17:30 e quarta-feira a tarde é para procedimentos, reuniões e visita ao domicilio dos paciente de nossa EFS, mas se um paciente em outro horário precisa de nosso atendimento em seu domicilio é assistido e avaliado por nós.

Outra coisa é que não temos farmácia em nossa unidade de saúde porque perto há um NASFI, mas agora querem fazer nossa farmácia em o posto de saúde que é melhor para nossos usuários. Eu tenho 8 horas de estudo, mas se outro médico fica doente em meu horário de estudo eu troco para não deixar o posto de saúde sozinho e assim não parar na assistência dos usuários. Além disso, quase todos são do interior, muito longe, e fazemos o atendimento para isso é uma equipe de trabalho.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Brasil está composto por muitos Estados, sendo um deles Rio Grande do Sul, o qual ao mesmo tempo está composto por vários municípios, uns grandes e outros pequenos que às vezes são difícil de achar nos mapas, mas não por isso deixam de ser importantes como é o município onde eu estou trabalhando, Tenente Portela.

Tenente Portela é um município brasileiro do estado do Rio Grande do Sul, que no começo da historia tinha como nome Pari (nome de origem indígena que significa pequena rede de taquara que os índios usavam para pescar) e depois Miraguaí, somente em 1942 o município passou a se chamar Tenente Portela, em memória ao tenente de engenharia Mário Portela, um idealista e revolucionário membro da Coluna Prestes, morto na Barra do Rio Pardo em 1925. Em 18 de agosto de 1955, após uma consulta plebiscitária, uma lei estadual criou o município de Tenente Portela. Esta na mesorregião noroeste do Rio Grande do Sul localiza-se a uma latitude 27°22'16" sul e a uma longitude 53°45'30" oeste, estando a uma

altitude de 390 metros. Possui uma área de 341,66 km² e sua população estimada é de 13.716 mil habitantes, de acordo ao último censo feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2010), com uma população urbana de 8.847 habitantes e uma população rural de 4.869 habitantes. O mesmo tem como municípios limítrofes Derrubadas e Barra do Guarita (norte), Miraguaí (sul), Três Passos(oeste), Erval Seca, Palmitinho e Vista Gaúcha(leste).

No município temos quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) composta por quatro Estratégias de Saúde da Família (ESF) como são ESF I (Rua Tamandaré n.295), ESF II (Rua Potiguara n.504, ESF III (Rua Luis Carlos Shepp n.170, ESF IV (Distrito de Daltro Filho e Distrito de São Pedro). Também temos disponibilidade de Núcleo de Atenção a Saúde da Família - NASF, que fica perto á ESF I, temos uma área indígena que fica em nosso município a qual tem três UBS que são: Pedra Lisa, Soitas e KM 10 que pertencem á Secretaria Especial de Saúde Indígena-SESAI, onde trabalha um médico do Programa Mais Médicos. Um Centro de Especialidades Odontológicas-CEO, localizado junto ao NASF. Com relação a atenção especializada, muitas especialidades não estão disponíveis no município, sendo necessário o encaminhamento para a Secretaria de Saúde junto com a Prefeitura que realizam a organização dos atendimentos para que os usuários possam –se consultar com a especialidade correspondente á doença que apresentam. Temos a disponibilidade de serviço hospitalar, contamos com o Hospital Santo Antônio, onde são feitos os exames complementares pelo Sistema Único de Saúde (SUS), outro aspecto de relevância em Tenente Portela é que contamos com o Serviço de Atendimento Móvil de Urgência(SAMU) e com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na Avenida Santa Rosa, que garante os serviços de apoio em Saúde Mental pelo SUS.

Minha UBS está localizada na área urbana, porém fazemos atendimento à parte de população rural e urbana onde a gestão é feita pela secretaria municipal de saúde, mas não existe vínculo com as instituições de ensino, com um modelo de ESF que esta composta por uma só equipe, com uma composição de um médico clínico geral, um médico da família, uma cirurgiã-dentista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma técnica de enfermagem, oito agentes de saúde, uma auxiliar de serviços gerais e uma nutricionista.

Em minha UBS se oferece á população dois turnos de atendimento de segunda a sexta-feira; em relação à estrutura física nela temos aspectos positivos e

negativos, então agora falaremos primeiramente das coisas positivas: tem uma sala de espera, um ambiente para recepção/arquivo de prontuários, os quais são arquivados por família; quanto as salas de almoxarifado estão disponibilizadas 2, uma sala onde começa o acolhimento dos usuários (triagem), existem 2 consultórios e só um com sanitário; uma sala de procedimentos; uma farmácia; existe uma equipe de odontologia; existe um sanitário para os funcionários e outro para os usuários; tem uma cozinha, um depósito para material de limpeza, também tem uma sala de recepção, lavagem e descontaminação de material, uma sala de esterilização e estocagem de material, temos depósito pra lixo não contaminado.

Os aspectos negativos são: não têm salas de reuniões e educação o que traz dificuldade na hora de fazer algum encontro da equipe que trabalha ali ou palestra ou capacitação dos profissionais da saúde e discutir um caso preocupante de nossa área de saúde, não existe sala de vacina, mas não é problema porque ali perto a nossa ESF tem o NASF onde fica uma sala de vacina que oferece serviço á população que necessita da atenção, se ficasse na UBS teríamos como fazer o controle da atualização das vacinas com maior satisfação, não existe um escovário, mas a dentista em suas palestras nas escolas explica o uso da escova dental e a maneira adequada de escovar os dentes e quantas vezes ao dia, os agentes comunitários de saúde não têm sala, eles têm que ficar na sala de espera ou em um espaço que exista em outra sala onde eles possam fazer seu trabalho na UBS, não tem uma sala específica para coleta de material para análise clínica, mas agora com o novo procedimento de fazer os testes de HIV e Hepatite B nas UBS agenda-se os usuários e a equipe se programa para execução dessa atividade respeitando as condições técnicas, mas se pudéssemos fazer outras retiradas de amostras de urgência melhoraria o atendimento aos usuários e eles teriam uma maior satisfação dos serviços de saúde como são exame qualitativo de urina, hemograma e leucograma.

Existe sinalização visual dos ambientes, o que permite a comunicação através de textos, porém não temos em todos os locais e nem através de figuras, e nem em Braille ou recursos auditivos, o que dificulta a orientação dos deficientes que vão para receber atendimento médico em nossa ESF, podendo também causar acidentes, já que não têm corrimão pra que se apoiarem durante o deslocamento de uma sala a outra da unidade. Outro aspecto que nos afeta é a falta de um sanitário para pessoas deficientes o que é necessário, porque só existem dois sanitários: um

masculino e outro feminino onde não pode se levar um usuário em cadeiras de rodas devido às dimensões da porta, outro aspecto negativo foi à falta de alguns dos mobiliários, equipamentos e instrumentais imprescindíveis para nossa equipe de trabalho para assim melhorar a assistência médica e torná-la mais produtiva e satisfatória para o usuário e trabalhador da saúde. As estratégias que poderão ser utilizadas para superar ou minimizar estas deficiências são: fazer uma reunião em equipe, junto a Gestores, Prefeitura e comunidade para erradicar as deficiências que atrapalham o desenvolvimento do trabalho; neste aspecto poderíamos pedir a ampliação da UBS com os ambientes necessários para ter a sala de vacina, realizar a coleta das amostras de laboratório, realizando a construção de um sanitário para aquelas pessoas que necessitam atendimento nas UBS e apresentam uma deficiência visual, física e auditiva, também de sinalização para que eles possam ter uma guia quando precisam dirigir se até uma consulta, ou chegar aos diferentes ambientes da ESF e também fornecer os meios instrumentais e equipamentos para os profissionais de saúde.

Em relação às atribuições das equipes os profissionais de saúde fazem o cuidado em saúde à população de abrangência no domicílio, nas escolas, na comunidade e nas igrejas; realizam pequenos procedimentos/cirurgias na UBS; realizam varias atividades /procedimentos no domicilio como curativos, consultas, aferição de pressão arterial, troca de bolsas de usuários colostomizado, promovem a participação da comunidade no controle social. Nos aspectos negativos temos: os profissionais de saúde não participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe o que expõe em perigo a população, o que dificulta a identificação de grupo, famílias e indivíduos expostos a riscos e á identificação de grupos de agravos (HAS, DM, Tuberculose e outros), também a sinalização dos equipamentos sociais e das redes sociais; não utilizamos protocolos para o encaminhamento dos usuários a outros níveis do sistema de saúde. Outra deficiência de grande relevância é que não se faz acompanhamento aos usuários em situações de internação domiciliar, o que seria muito legal já que assim se colocaria em prática o programa Melhor em Casa onde os usuários têm um atendimento com mais conforto não só para ele e também para aquele familiar que tem que cuidar dele. Não temos um grupo de adolescentes nas atividades que realizamos na UBS porque assim seria um meio de resgate daqueles que não tem conhecimento das DTS e outras doenças contagiosas por diferentes vias e falar

sobre os riscos delas e da gravidez, para isso nós vamos apoiar nossos Agentes de Saúde e das diferentes vias de propagação das informações como a rádio, jornal, boletins e outros.

Então temos como alternativas para ampliar o cumprimento das atribuições dos profissionais fazer uma abordagem da temática nas reuniões com a comunidade e a secretária de saúde, junto à prefeitura do município, assim como elaborar um protocolo para o encaminhamento dos usuários a outros níveis junto com as outras equipes das diferentes estratégias.

Em relação à população da área adstrita, temos uma população aproximadamente de 3.416 habitantes, com um perfil demográfico segundo o sexo de 1.857 habitantes do sexo feminino e de 1.559 habitantes do sexo masculino, com um total de crianças menores de um ano de 40 nesta faixa etária temos: do sexo feminino 21 crianças e do sexo masculino 19 crianças, de 1 a 5 anos, temos um total de 146: do sexo feminino 76 e do sexo masculino 70, de 5 a 6 anos temos um total de 84: do sexo feminino 43 e do sexo masculino 41, de 6 a 15 anos temos 1.769 pessoas, de 15 a 19 anos temos 126 pessoas, de 20 a 39 anos temos 476, de 40 a 49 anos temos 194, de 50 a 59 anos temos 236, de 60 anos e mais temos 345 pessoas; porém o número de equipes / tamanho das equipes em minha UBS é adequado ao tamanho da população.

As estratégias que serão utilizadas para viabilizar a atenção à saúde da população primeiramente é que todos os profissionais de saúde sejam conscientizados de que os seres humanos devem ser visto enquanto um ser biopsicossocial, ou seja, como um todo, em sua integralidade e não por partes na hora de fazer as consultas, porque um sintoma que começa num braço, por exemplo, pode ser a causa da doença que agora para ele é de mais importância (que se encontra numa perna), ou ainda nem se lembre do sintoma do início do processo que apresenta agora. É preciso considerar que cada usuário tem suas próprias características e não se pode realizar a mesma conduta médica nem disponibilizar o mesmo tempo de consulta, porque nem apresentam a mesma necessidade, também é preciso avançar na organização do processo de trabalho para que haja um melhor trabalho em equipe multidisciplinar onde possamos incluir a família como centro de atenção básica.

Em relação à atenção à demanda espontânea, como foi explicado anteriormente tem uma sala específica onde realizamos o acolhimento dos usuários

oferecendo a cada um deles o tempo que precise para atendimento das queixas que apresenta e é realizado em todos os dias e turnos de atendimento, além disso, não existe excesso de demanda depois que começou o Programa Mais Médico em minha UBS, é atendido quando tem problemas de saúde agudos tanto com o médico geral/médico da família como com o cirurgião-dentista. Uma dificuldade encontrada é que nossa UBS não oferece serviço de prótese nem de atendimento especializado como, por exemplo, tratamento de canal, cirurgias e outras, uma ação que pode auxiliar a superar ou minimizar esta dificuldade é fornecer as condições necessárias para que se possa realizar este serviço á população e assim ter uma melhor satisfação dos usuários.

Em relação à saúde da criança (faixa etária de 0 a 72 meses), em minha UBS não são feitas as consultas de puericultura porque elas são efetuadas pelo pediatra que trabalha no NASF de nosso município, mas fazemos consultas das crianças com problemas de saúde agudos até os 72 meses de idade e mais e observamos que as maiorias das crianças que vem na UBS são menores de seis meses e já não recebem aleitamento materno exclusivo, este aspecto é comum. Quanto à orientação da prevenção de acidente, esta é boa, elas conhecem muito esse conteúdo. Não temos excesso de demanda de crianças até os 72 meses de idade, se chega alguma criança com febre ou sintomas que precise do atendimento é avaliado imediatamente.

Neste ponto é difícil dar uma avaliação dos poucos indicadores da qualidade da atenção à saúde da criança porque não fazemos as consultas de puericultura na ESF 2 Santa Clara mas apenas alguns intervenções, como: o teste do pezinho até os 7 dias que cumpre 100%, já que é feito pela enfermeira; as vacinas 100% das crianças não tem atualização delas porque temos dificuldade em conscientizar os pais quanto a importância das vacinas no primeiro ano de vida de seus filhos e também até os 72 meses de idade. Considero que neste aspecto temos que trabalhar mais, começando a fazer palestras sobre este conteúdo desde o fim da gravidez para ter um avanço neste sentido; a triagem auditiva é feita no hospital, mas não temos um arquivo que informe se todas as crianças de nossa UBS fizeram o teste da orelhinha, um procedimento de muita importância porque assim se detecta precocemente a possível perda auditiva congênita e/ou adquirida no período neonatal e daí o começo mais cedo da reabilitação e seguimento adequado. Considero também que é importante fazer orientações para as mães se elas

observam que os filhos não mudam aos estímulos auditivos diários no domicílio como quando falam com eles ou escutam um barulho.

Para melhorar ainda mais a morbimortalidade nos apoiaremos nos agentes de saúde que desempenham um papel importante na atenção à saúde para captar aquelas crianças que não tem atualização das vacinas e pedir ajuda ao Conselho Municipal de Saúde para assim prevenir as doenças mediante as imunizações das crianças, fazer encontros com os pais destas e explicar os conteúdos das doenças que podem ser prevenidas pelas vacinas, os sintomas e que algumas delas podem deixar sequelas, uma deficiência para toda a vida. Também entregar panfletos informativos, fazer palestras aos pais, mães e agentes de saúde numa linguagem compreensível para eles sobre as posições adequadas para a amamentação e as vantagens do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, conversar tanto com as crianças como com as mães sobre: prevenção da obesidade nas crianças, redução de hospitalização, redução de alergia, aumentar o afeto entre as mães e crianças, um melhor desenvolvimento da cavidade bucal e outras, como a involução do útero mais rápida, diminuição da hemorragia uterina pós-parto, ajuda na perda de peso acumulado durante a gestação, redução do risco de câncer de mama e ovários. Outro ponto importante seria a realização de uma pesquisa com apoio no hospital do município na área que é feita a triagem auditiva para determinar se são feitas ou não para as crianças menores de um mês de idade e então fortalecer esse conhecimento mediante divulgação na comunidade da importância de sua realização precocemente.

Em relação ao pré-natal, os atendimentos são feitos todos os dias e em todos os turnos, após a consulta de pré-natal, a gestante sai da UBS com a próxima consulta programada agendada, existe oferta de atendimento para gestantes com problemas de saúde agudos; as ações desenvolvidas em minha UBS no cuidado às gestantes são: o diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, o diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, o diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, o controle dos cânceres do colo de útero e mama, as imunizações, o planejamento familiar, a promoção do aleitamento materno, a promoção de hábitos alimentares saudáveis, a promoção da atividade física, a promoção da saúde bucal e a promoção da saúde mental. Não estão estruturadas de forma programática, ou seja, em meu serviço não se adota um protocolo ou

manual técnico, não contamos com um registro específico e não se realiza monitoramento regular destas ações.

A avaliação que eu faço da cobertura de pré-natal de acordo ao Caderno de Ação Programática é boa, embora tenhamos que trabalhar naquelas que recebem atendimento só na área privada, onde temos 26 gestantes com atendimento o que representa 51 % do número de gestantes estimado residente na área, destas o pré-natal foi iniciado no primeiro trimestre em 25, o que representa 96 %. Com relação ao exame ginecológico trimestral só se efetua se a paciente tem uma doença que precise desta avaliação, ou fazemos apenas quando se solicita a realização do preventivo e no último trimestre.

Dos aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal em minha UBS seria: ter protocolos de atendimento de pré-natal e para isso temos que fazer uma proposta no nível da secretaria de saúde e daí uma reunião com os médicos do município para elaborar um protocolo de acordo com as características de nossa população, também fazer divulgação e busca ativa para que as gestantes assistam mais as palestras que são feitas nos grupo de gestante.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama as ações de atenção à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama que são realizadas em minha ESF estão descritas a seguir: os profissionais de saúde orientam às mulheres para o uso do preservativo em todas as relações sexuais, sobre os malefícios do tabagismo e consumo excessivo de álcool, sobre ações de educação da mulher para a realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino, que é feito através da coleta de exame cito patológico em minha UBS três vezes por semana, em todos os turnos e também ações para o controle do peso corporal das mulheres, ações de estímulo á prática regular de atividade física, ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama por meio da realização do autoexame de mama tanto nas que ainda menstruam como as que estão na menopausa, são realizadas ações de rastreamento do câncer de mama (exame de mamas e/ou solicitação de mamografia, feito todos os dias da semana, são investigados os fatores de risco para o câncer de mama em todas as mulheres de nossa área respectivamente).

A avaliação que eu faço da cobertura de Prevenção do Câncer de Colo de Útero é boa porque de 940 mulheres que temos que ter no indicador de cobertura de nossa área, tem 879, o que representa 94%, do número estimado de mulheres entre 25 a 64 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção deste câncer. Quanto ao número de mulheres com exame cito patológico para câncer de colo de útero em dia temos 240 no registro, conforme informou a enfermeira desde fevereiro (data em que ela começou a trabalhar na ESF 2) até agora, muitas mulheres se negam a fazer o exame e outras não passam por consulta na UBS e sim pelo serviço da atenção médica no setor privado, portanto não são registradas em nenhum livro nem arquivo específico.

O número de mulheres entre 50 a 69 anos residentes na área e acompanhados na UBS para prevenção de câncer de mama são 343, o que representa 97%, de acordo ao indicador de cobertura o número de mulheres entre 50 a 69 anos tinha que ser de 352, mas tem muitas mulheres que não gostam de fazer o exame pelo SUS preferem que seja pela atenção médica privada e uma parte das mulheres que realmente não faz o exame. Só foi avaliado um indicador qualitativo neste ponto de estudo: as orientações sobre prevenção do câncer de mama que tem 100% de cumprimento, o que é avaliado como bom.

Quanto às dificuldades encontradas é que não utilizamos protocolo de prevenção do câncer de colo de útero e de mama, também não têm um arquivo específico para o registro dos resultados das mamografias, temos um arquivo para os exames cito patológico coletados, mas não é revisado com frequência.

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Mama em minha UBS são: primeiro seria fazer um protocolo de atendimento e prevenção da doença e depois promover a prevenção junto com o ginecologista-obstetra e os demais médicos do município; ter um livro de registro para ter mais controle das mulheres que tem feito o exame e aquelas que têm atraso no procedimento e também a existência de um arquivo para ter uma melhor organização dos serviços á população; a realização de reuniões com as equipe de saúde que compõe o município e também de forma individual para que todas as equipes avaliem a incidência desta doença em nossas mulheres e possam ter maior controle dela.

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Colo de Útero em minha UBS são: ter um protocolo de acordo com as características do município, para a confecção dele deveremos realizar uma reunião com os médicos generalistas e de família, o ginecologista-obstetra e as enfermeiras das diferentes ESF, para assim determinar os fatores de riscos mais frequentes e trabalhar com base neles. Também fazer uma revisão do arquivo específico mensalmente para que fique atualizado e saber quais são as mulheres que tem atraso na realização do exame e ter especificado aquelas com alteração, as quais depois têm que repetir em seis meses ou que foram encaminhadas ao especialista e melhorar o seguimento das doentes, para ter um tratamento mais apropriado.

Outra coisa em que temos que trabalhar é na realização de um grupo de mulheres, para assim apoiar-las e fazer atividades como palestras ou café para que conheçam o conteúdo destes temas.

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos: a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área não parece adequada à realidade porque segundo ao indicador de cobertura tínhamos que ter 764 hipertensos e temos 487 os que representam 64% que são residentes na área e acompanhados na UBS, já que muitos pacientes preferem a atenção médica nos serviços privados e outros que não vão ao serviço de saúde quando apresentam alguma sintomatologia desta doença (mais a população jovem) porque tem medo do que possa ser descoberto nos exames indicados e quando vão à consulta por outra causa que ele acha mais importante é que no exame físico se descobre que tem valores de pressão arterial elevados.

A estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área não parece adequada à realidade, porque segundo os indicadores de cobertura tínhamos que ter 218 pacientes diabéticos e temos 84 os que representam 39% residentes na área e acompanhados na UBS porque temos um número elevado de usuários que são atendidos por outros médicos e na atenção de saúde privada.

As ações de atenção aos hipertensos e diabéticos que são realizadas em meu serviço são: orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores da HAS e/ou DM, o controle de peso, ações de estímulo à prática regular da atividade física, orientação sobre os malefícios do tabagismo e álcool. O atendimento se efetua todos os dias e nos dois turnos, os usuários saem com a próxima consulta

programada. Os aspectos negativos encontrados são: a não existência de protocolo de atendimento para usuários portadores destas doenças e para regular o acesso a outros níveis do sistema de saúde, não existe arquivo específico para os registros dos adultos com HAS e DM.

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à DM e HAS em minha UBS são: ter a existência de um protocolo de atendimento para usuários portadores de DM e HAS de acordo com as características do município, em conjunto com os demais médicos das diferentes estratégias e também elaboração de um protocolo para que os profissionais de saúde utilizem para regular o acesso dos adultos com estas doenças a outros níveis do sistema de saúde, além disso, fazer um arquivo específico para os registros dos atendimentos dos adultos com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica e o mesmo seja atualizado e revisado semestralmente, com ênfase no controle dos exames físicos dos pés, no registro específico, junto com a palpação dos pulsos tibial e pedioso nos últimos três meses e a medida da sensibilidade dos pés e frequência com que é feita o controle da pressão arterial, aferindo antes de qualquer sintoma.

Além disso, também fazer atividade com grupos de adultos com Diabetes Mellitus como os que padecem de Hipertensão Arterial, para fazer palestras com eles e assim ampliar o conhecimento das complicações destas doenças e a importância de ter uma medicação adequada para ter os níveis de glicose e valores da pressão arterial nos limites normais.

Em relação à saúde dos idosos as ações que são realizadas em meu serviço são: atendemos os idosos todos os dias da semana e nos dois turnos. O idoso sai com a próxima consulta programada agendada e também são atendidos sem tem problemas de saúde agudos, são oferecidas explicações a eles ou seus familiares tais como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência como HAS, DM, e Depressão, realizamos cuidado em domicilio quando necessário.

A estimativa do número de idosos residentes na área, disponível na lista de denominadores na tela inicial do Caderno de Ações Programáticas, não parece adequada a nossa realidade porque temos 345 pessoas idosas o que representa 74% e tínhamos que ter 468 pessoas idosas segundo o indicador de cobertura. Isso

ocorre porque muitas famílias preferem o atendimento de saúde no meio privado para seus pais, mães, avó ou avô.

Como dificuldades identificaram: não existe protocolo de atendimento para idosos em nossa UBS nem para regular o acesso deles aos outros níveis do sistema de saúde, também não existe arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos, não temos caderneta de saúde da pessoa idosa, nem estatuto do idoso e não são realizadas atividades com grupo de idosos.

A avaliação dos aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos em minha UBS é ter um protocolo de atendimento para os idosos para isso faremos uma reunião com os médicos das diferentes estratégias do município e pessoal do hospital Santo Antônio de nosso município que atendem direta ou indiretamente as pessoas maiores de 60 anos, para então elaborarmos um protocolo com o conteúdo adequado para nossos idosos. Também ter um arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos.

É muito importante também fazermos um grupo de idosos para realizar atividades com eles e aproveitar a ocasião para falar de temas de interesse deles e sua família: quanto o cuidado da saúde nesta idade da vida e as coisas positivas e negativas que podem enfrentar de agora em diante.

Considero que a realização do estudo das situações de saúde de uma área que praticamente não conhecíamos, devido ao pouco tempo de trabalho que temos nela, mas vimos que conseguimos identificar muitos problemas e com isso planejar possíveis soluções para os mesmos com ajuda da comunidade, da secretaria de saúde e da prefeitura do município o que considero foi o primeiro desafio; outro é a adaptação às diferentes expressões da língua dos diferentes pacientes que consultamos no dia a dia, porque tem diferentes costumes e cultura os da área rurais comparados aos da área urbana, aos jovens e os idosos. Minha equipe de trabalho é muito unida e acolhedora o que significa muito para mim e me apoiaram muito na realização do relatório assim como outros trabalhadores da saúde do município. Uns dos recursos que minha UBS apresenta é que se não temos os recursos para o atendimento dos usuários como já ocorreu, fazemos o possível para que os usuários tenham suas necessidades atendidas e retornem para sua casa satisfeitos.

Quando converso com pessoas mais idosas, tanto as que moram há mais tempo no município, como os que têm mais experiências na saúde do município, é possível apreciar o avanço na saúde quanto a todos os itens explicados anteriormente, porque no começo as pessoas que não tinha um nível alto na sociedade não tinham uma assistência médica, o direito a uma vacina, a um medicamento pelo SUS, aos exames complementares sem custo alguns. Com as ações que temos desenvolvidos temos contribuído para a diminuição da morbimortalidade da população em geral.

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

Fazendo uma comparação entre o texto inicial ("Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?") e este relatório, este último nos fornece uma informação melhor da situação da ESF em meu serviço, porque já tenho um amplo conhecimento da população e da equipe de trabalho, o qual tem muitos avanços, mas ainda tem muitos aspectos para serem melhorado, o que com a união de todos na comunidade e a secretaria de saúde pode ser possível.

Minha ESF tem uma estrutura para mim boa porque ali tem dois médicos Especialistas em Medicina Geral um do Brasil e eu do Programa Mais Médico, duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira, uma dentista e os agentes de saúde. Trabalhamos todos os dias das 8:00 até as 11:30 e depois na tarde de 13:00 até as 17:30 e quarta-feira a tarde é para procedimentos, reuniões e visita ao domicilio dos paciente de nossa EFS, mas se um usuário em outro horário precisa de nosso atendimento em seu domicilio é assistido e avaliado por nós.

Outra coisa é que não temos farmácia em nossa Unidade de Saúde da Família (UFS) porque perto há um NASFI, mas agora querem fazer nossa farmácia em o posto de saúde que é melhor para nossos usuários. Eu tenho 8 horas de estudo, mas se outro médico fica doente em meu horário de estudo eu troco para não deixar o posto de saúde sozinho e assim não parar na assistência dos usuários. Além disso, quase todos são do interior, muito longe, e fazemos o atendimento para isso é uma equipe de trabalho. Logo com o trabalho feito com o relatório de análise situacional conheci detalhes muitos específicos do serviço que poderiam ser

mudados para melhorar e organizar nosso trabalho e assim a satisfação dos usuários. Também ter a possibilidade de saber diferentes aspectos importantes para minha atuação como médico de família, pois para garantir uma consulta com a qualidade que tem que ser feita há uma serie de parâmetros que não só dependem dos médicos se não do apoio de toda a equipe, assim que começando pela triagem, onde não realizavam a toma da altura, a qual é imprescindível nas consultas porque permite saber si o usuário (a) este obeso (a), com baixo peso ou normais por meio do índice de massa corporal, o consegui identificar o número total de população que não estavam cadastradas e precisam atendimento médico, pese que muitos fossem pelo serviço privado, a quantidade de pessoas de cada grupo etário que pertence a nossa área de abrangência e as dificuldades em todos eles de acordo aos pontos avaliados na caderneta de ações programáticas.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A ação programática sobre a qual pretendemos realizar a intervenção para a saúde da população na área é da Hipertensão Arterial (HAS) e do Diabetes Mellitus (DM), as quais têm muita importância já que representam uns dos principais fatores de risco para o agravamento das doenças cardiovasculares que constituem a primeira causa de morbimortalidade no Brasil, daí que o DM não controlado pode provocar, em longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos epidemiológicos sustentam a hipótese de uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular ⁽¹⁾ e o controle da pressão arterial (PA) reduzem complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e problemas renais ⁽²⁾, também no cotidiano do trabalho podemos apreciar o aumento nos usuários destas doenças, a dificuldade de adesão dos usuários, principalmente no que se refere ao uso de medicamentos para controle das doenças, por não realizarem o tratamento de forma adequada voltam com sintomas de um agravamento, complicação ou simplesmente com os sintomas que apresentaram no início quando foi feito o diagnóstico da doença. Outro aspecto que definiu a escolha deste tema é o hábito alimentar ruim da população brasileira, o predomínio da obesidade, do sedentarismo, do tabagismo e do estresse no trabalhar dia a dia.

Minha Unidade Básica de Saúde se caracteriza por ser uma Unidade de Saúde da Família que esta estruturada da seguinte maneira: uma sala de espera onde ficam os usuários, na qual tem dois banheiros: um masculino e outro feminino. Os pacientes que estão na recepção são chamados pela ordem de agendamento e depois pela ordem de chegada (em caso de urgência/emergência o atendimento é priorizado), os quais são levados á sala onde começa o acolhimento realizando se a triagem, ali se busca os prontuários que estão organizados por famílias, quem sejam hipertensos ou diabéticos. Temos a farmácia em nossa UBS, onde são fornecidos os medicamentos, mas os medicamentos do Hiperdia são oferecidos em outra farmácia que fica no NASF que está ao lado da EFS. Temos uma sala para reuniões de grupo, e uma sala de Agentes Comunitários de Saúde. Temos um banheiro dos trabalhadores, a sala de procedimento e o consultório de odontologia e

a sala da autoclave. A equipe está constituída por dois médicos um médico clínico geral e um médico de família, uma cirurgião – dentista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais e oito agentes de saúde. A UBS está composta por uma população de 3416 da área adstrita com 487 hipertensos e 84 diabéticos.

Como foi explicado no parágrafo anterior temos 487 usuários com HAS e 84 usuários com DM, que teriam que ser segundo o caderno de ações programáticas 764 hipertensos e 218 diabéticos. A adesão da população alva atualmente atendida na UBS é um pouco difícil visto que temos pacientes que moram muito longe da ESF e depois que ficam sem medicamentos não voltam a buscar novamente apesar das receitas terem um tempo de validade de mais de 6 meses, por ser medicações contínuas, outros porque não gostam de ir às consultas e não se acostumam a tomar os medicamentos, já que quando se sentem bem não continuam a mesmo. A qualidade da atenção á saúde desta população é regular porque não todos os pacientes acompanhados estão cadastrados, quanto ás ações de promoção que já são desenvolvidas tem realizado palestra com os pacientes que apresentam estas doenças, conversando sobre as doenças e complicações, sobre a saúde bucal também, distribuindo informativos por meio dos agentes de saúde sobre a importância dos medicamentos e frequência nas consultas e aqueles que frequentam as consultas depois um longo tempo são informados para ter consciência das doenças para que levem estes conhecimentos a outros e também para eles mesmos. Incentivamos á realização de exercícios para evitar o sedentarismo e obesidade, são encaminhados ao nutricionista para que tenham uma educação alimentar adequada, também entregamos medicamentos nos domicílios dos usuários para ter maior segurança de que irão tomar os medicamentos e estimulá-los para isso.

A intervenção é importante no contexto da UBS para assim diminuir a morbimortalidade pelas complicações cardiovasculares e outros órgãos que podem ter os usuários com estas doenças, conscientizar os pacientes de acordo com o grau de importância de continuar os medicamentos e a assistência nas consultas de seguimento para saber se os medicamentos estão dando certo e também se mudaram os hábitos alimentares, é dizer, o estilo de vida, para isso temos que ter apoio da equipe de trabalho onde cada um de nós desempenha um papel determinante. Quanto às principais dificuldades/limitações existentes estão os

usuários que não aceitam os tratamentos ou que pegam os medicamentos e não fazem uso dos mesmos, aqueles que não vêm á UBS para a realização das consultas faltam de apoio e ajuda na família que tem um papel muito determinante na saúde deles porque desde que um familiar fica doente afeta a família toda. Também não se toma a altura dos pacientes nem se calcula o IMC, não se usa o escore de Framingham.

Os aspectos que viabilizam a realização da intervenção são primeiramente a disposição da equipe de trabalho a fazer mudanças nestes pontos já explicados, apoiarmos na comunidade e instituições que ficam na comunidade como as igrejas e escolas, também com o apoio da secretaria de saúde e da prefeitura, ou seja, ter uma motivação coletiva para assim captar os pacientes.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1. Objetivo Geral

Melhorar a Atenção á Saúde dos Hipertensos e Diabéticos maiores de 20 anos da ESF II Santa Clara, em Tenente Portela, Rio Grande do Sul.

2.2.2. Objetivos Específicos e metas

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

Metas: 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar registros das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3. Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Santa Clara, no Município de Tenente Portela do Rio Grande do Sul. A estimativa de participação no início da intervenção era de 487 usuários hipertensos e 84 usuários diabéticos maiores de 20 anos de idade, segundo a estimativa do Caderno de Ações Programáticas.

O projeto de intervenção aos hipertensos e aos diabéticos envolveu a utilização do municipal. O desenvolvimento do projeto iniciou com a Análise Situacional do curso, em que se pode conhecer melhor a realidade do serviço na USF Santa Clara, assim, definimos prioridades e o foco da intervenção.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta: 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

AÇÕES:

No eixo Monitoramento e avaliação a ação é:

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

Detalhamento da ação:

Para lograr isso vamos a utilizar a planilha oferecida pelo curso de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade que deverá ter uma cópia na recepção, além de todos os ACS terem uma lista dos hipertensos e diabéticos de seu micro área. Na reunião de equipe quinzenal será atualizada a lista de acordo com novos diagnósticos feito pelo médico da equipe, ou novo usuário na área, busca ativa do ACS.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço.

Ação: Garantir material adequado para calcular o índice de massa corporal (IMC) (fita métrica, tabela de peso e altura) na unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

-Para garantir isso temos que:

-Realizar manutenção dos aparelhos esfigmomanômetro a cada 6 meses, disponibilizar um esfigmomanômetro na maleta de visita domicilia

- Disponibilizar fita métrica e tabela de peso e altura para as técnicas de enfermagem e enfermeira.

-Disponibilizar fita métrica, estetoscópio e esfigmomanômetro para as técnicas de enfermagem e enfermeiro.

No eixo de Engajamento Público a ação é:

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

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

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

Detalhamento da ação:

-Divulgação pelos ACS em visita domiciliar.

-Entrega de panfleto informativo.

-Colocar cartazes na unidade de saúde.

-Divulgar em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica a ação será:

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

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

Detalhamento da ação:

- Em reunião de equipe médico e enfermeiro irão realizar capacitação para os ACS sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus, com foco na prevenção da doença e na promoção da saúde, alertando ainda para as complicações das doenças e sobre o uso de medicamentos.

- Os ACS serão capacitados para o preenchimento da ficha de cadastramento quando identificar o hipertenso e/ou diabético em uma família, sendo que deverá perguntar a cada família nova que será cadastrada se há alguém hipertenso ou diabético, que use medicamentos. Quando a família não souber responder, orientar o acompanhamento na UBS para rastreamento, caso tenha algum relato de alerta.

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

AÇÕES:

No eixo Monitoramento e avaliação a ação é:

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

Detalhamento da ação:

Para lograr isso vamos a utilizar a planilha oferecida pelo curso de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade que deverá ter uma cópia na recepção, além de todos os ACS terem uma lista dos hipertensos e diabéticos de seu micro área. Na reunião de equipe quinzenal será atualizada a lista de acordo com novos diagnósticos feito pelo médico da equipe, ou novo usuário na área, busca ativa do ACS.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço.

Ação: Garantir material adequado para calcular o índice de massa corporal (IMC)(fita métrica, tabela de peso e altura) na unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

Para garantir isso temos que:

-Realizar manutenção dos aparelhos esfigmomanômetro a cada 6 meses, disponibilizar um esfigmomanômetro na maleta de visita domicilia

- Disponibilizar fita métrica e tabela de peso e altura para as técnicas de enfermagem e enfermeira.

- Disponibilizar fita métrica, estetoscópio e esfigmomanômetro para as técnicas de enfermagem e enfermeiro.

No eixo de Engajamento Público a ação é:

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

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

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

Detalhamento da ação:

- Divulgação pelos ACS em visita domiciliar.

- Entrega de panfleto informativo.

- Colocar cartazes na unidade de saúde.

- Divulgar em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica a ação será:

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

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

Detalhamento da ação:

- Em reunião de equipe médico e enfermeiro irão realizar capacitação para os ACS sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus, com foco na prevenção da doença e na promoção da saúde, alertando ainda para as complicações das doenças e sobre o uso de medicamentos.

- Os ACS serão capacitados para o preenchimento da ficha de cadastramento quando identificar o hipertenso e/ou diabético em uma família, sendo que deverá perguntar a cada família nova que será cadastrada se há alguém hipertenso ou diabético, que use medicamentos. Quando a família não souber responder, orientar o acompanhamento na UBS para rastreamento, caso tenha algum relato de alerta.

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

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

AÇÕES:

No eixo **Monitoramento e avaliação** a ação é:

-Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

Detalhamento da ação:

-Avaliando as fichas de atendimento de todos os usuários hipertensos.

No eixo de **Organização e Gestão do Serviço** a ação é:

-Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

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

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

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

Detalhamento da ação:

- Disponibilizar folhas e impressora.

-Disponibilizar os protocolos que vão a ser adotados pela UBS.

-Atualizar aos profissionais de acordo á estas doenças.

No eixo de **Engajamento Público** a ação é:

Ação:

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

Detalhamento da ação:

-Divulgação pelos ACS em visita domiciliar;

-Entrega de panfleto informativo;

-Colocar cartazes na unidade de saúde.

-Divulgar em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

No eixo de **Qualificação da Prática Clínica** a ação será:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento da ação:

-Estudo individual e coletivo do protocolo e das atualizações destas doenças.

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

AÇÕES:

No eixo **Monitoramento e avaliação** a ação é:

-Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

Detalhamento da ação:

-Avaliando as fichas de atendimento de todos os usuários hipertensos.

No eixo de **Organização e Gestão do Serviço** a ação é:

-Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.

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

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

-Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

- Disponibilizar folhas e impressora.

-Disponibilizar os protocolos que vão a ser adotados pela UBS.

-Atualizar aos profissionais de acordo á estas doenças.

No eixo de **Engajamento Público** a ação é:

Ação:

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

Detalhamento da ação:

-Divulgação pelos ACS em visita domiciliar;

-Entrega de panfleto informativo;

-Colocar cartazes na unidade de saúde.

-Divulgar em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

No eixo de **Qualificação da Prática Clínica** a ação será:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento da ação:

-Estudo individual e coletivo do protocolo e das atualizações destas doenças.

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

No eixo **Monitoramento e avaliação** a ação é:

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

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

Ação:

- Revisão da ficha de atendimentos dos usuários.

No eixo de **Organização e Gestão do Serviço** a ação é:

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

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento da ação:

-Realizar uma convenia com o hospital do município para priorizar a realização dos exames complementares aos usuários com estas doenças.

No eixo de **Engajamento Público** a ação é:

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

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

Detalhamento da ação:

- Divulgação pelos ACS em visita domiciliar;

-Entrega de panfleto informativo;

-Colocar cartazes na unidade de saúde.

-Divulgar em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

No eixo de **Qualificação da Prática Clínica** a ação será:

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

Detalhamento da ação:

-Disponibilizar o protocolo nas UBS.

- Em reunião de equipe médico e enfermeiro irão realizar capacitação para a equipe sobre os protocolos de hipertensão arterial e diabetes mellitus, com foco na prevenção da doença e na promoção da saúde, alertando ainda para as complicações das doenças e sobre o uso de medicamentos.

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

No eixo **Monitoramento e avaliação** a ação é:

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

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

Ação:

- Revisão da ficha de atendimentos dos usuários.

No eixo de **Organização e Gestão do Serviço** a ação é:

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

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento da ação:

-Realizar uma convenia com o hospital do município para priorizar a realização dos exames complementares aos pacientes com estas doenças.

No eixo de **Engajamento Público** a ação é:

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

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

Detalhamento da ação:

- Divulgação pelos ACS em visita domiciliar;

-Entrega de panfleto informativo;

-Colocar cartazes na unidade de saúde.

-Divulgar em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

No eixo de **Qualificação da Prática Clínica** a ação será:

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

Detalhamento da ação:

-Disponibilizar o protocolo nas UBS.

- Em reunião de equipe médico e enfermeiro irão realizar capacitação para a equipe sobre os protocolos de hipertensão arterial e diabetes mellitus, com foco na prevenção da doença e na promoção da saúde, alertando ainda para as complicações das doenças e sobre o uso de medicamentos.

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

No eixo **Monitoramento e avaliação** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

-Ter na farmácia popular/Hiperdia uma listagem dos usuários hipertensos e diabéticos e os medicamentos que eles tomam e a dose para avaliar os medicamentos que chegaram à mesma.

No eixo de **Organização e Gestão do Serviço** a ação é:

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

-Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

-realizar a revisão dos medicamentos de acordo á data de validade e estado em que se acham.

-Realizar o pedido de medicamentos de acordo ao número de hipertensos na área e á dose que toma por dia.

No eixo de **Engajamento Público** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

- Divulgação pelos ACS em visita domiciliar;

-Entrega de panfleto informativo;

-Colocar cartazes na unidade de saúde.

-Divulgar em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

No eixo de **Qualificação da Prática Clínica** a ação será:

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

Detalhamento da ação:

-Realizar a capacitação dos profissionais na reunião da equipe em quanto ao tratamento da hipertensão.

-Disponibilizar por parte da Farmácia Popular/Hiperdia a listagem dos medicamentos á UBS para informar aos usuários.

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

No eixo **Monitoramento e avaliação** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

-Ter na farmácia popular/Hiperdia uma listagem dos usuários hipertensos e diabéticos e os medicamentos que eles tomam e a dose para avaliar os medicamentos que chegaram à mesma.

No eixo de **Organização e Gestão do Serviço** a ação é:

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

-realizar a revisão dos medicamentos de acordo á data de validade e estado em que se acham.

-Realizar o pedido de medicamentos de acordo ao número de hipertensos na área e á dose que toma por dia.

No eixo de **Engajamento Público** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

- Divulgação pelos ACS em visita domiciliar;
- Entrega de panfleto informativo;
- Colocar cartazes na unidade de saúde.
- Divulgar em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

No eixo de **Qualificação da Prática Clínica** a ação será:

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

Detalhamento da ação:

- Realizar a capacitação dos profissionais na reunião da equipe em quanto ao tratamento da diabetes.
- Disponibilizar por parte da Farmácia Popular/Hiperdia a listagem dos medicamentos á UBS para informar aos usuários.

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

No eixo **Monitoramento e avaliação** a ação é:

- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação:

- Criar planilha de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade que deverá ter uma cópia na recepção, além de todos os ACS terem uma lista dos hipertensos e diabéticos de seu micro área. Na reunião de equipe semanal será atualizada a lista de acordo com novos diagnósticos feito pelo médico da equipe, ou novo usuário na área, busca ativa do ACS daqueles que precisam atendimento odontológico.

No eixo de **Organização e Gestão do Serviço** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

- Realizar manutenção dos aparelhos e cadeira odontológica cada 6 meses.
- Garantir os materiais necessários para a consulta com a dentista.

No eixo de **Engajamento Público** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

- Divulgação pelos ACS em visita domiciliar;
- Entrega de panfleto informativo;
- Colocar cartazes na unidade de saúde.
- Divulgar em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

No eixo de **Qualificação da Prática Clínica** a ação será:

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

Detalhamento da ação:

- Em reunião de equipe médico e enfermeiro irão realizar capacitação para a equipe sobre o atendimento odontológico aos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus.
- Os ACS serão capacitados para o preenchimento da ficha de cadastramento quando identificar o hipertenso e/ou diabético que precisam de atendimento odontológico.

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

No eixo **Monitoramento e avaliação** a ação é:

- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação:

-Criar planilha de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade que deverá ter uma cópia na recepção, além de todos os ACS terem uma lista dos hipertensos e diabéticos de seu micro área. Na reunião de equipe semanal será atualizada a lista de acordo com novos diagnósticos feito pelo médico da equipe, ou novo paciente na área, busca ativa do ACS daqueles que precisam atendimento odontológico.

No eixo de **Organização e Gestão do Serviço** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

- Realizar manutenção dos aparelhos e cadeira odontológica cada 6 meses.
- Garantir os materiais necessários para a consulta com a dentista.

No eixo de **Engajamento Público** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

- Divulgação pelos ACS em visita domiciliar;
- Entrega de panfleto informativo;
- Colocar cartazes na unidade de saúde.
- Divulgar em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

No eixo de **Qualificação da Prática Clínica** a ação será:

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

Detalhamento da ação:

- Em reunião de equipe médico e enfermeiro irão realizar capacitação para a equipe sobre o atendimento odontológico aos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus.

- Os ACS serão capacitados para o preenchimento da ficha de cadastramento quando identificar o hipertenso e/ou diabético que precisam de atendimento odontológico.

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

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

Ações:

No eixo **Monitoramento e avaliação** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

-Identificar os usuários faltosos as consultas no registro de hipertensos.

No eixo de **Organização e Gestão do Serviço** a ação é:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento da ação:

-Nas visitas domiciliares feitas pelos ACS buscar os usuários faltosos.

-Realizar visitas no domicílio com uma equipe de saúde onde seja parte dela um representante da comunidade.

No eixo de **Engajamento Público** a ação é:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

Detalhamento da ação:

-Divulgação pelos ACS em visita domiciliar;

-Entrega de panfleto informativo;

-Colocar cartazes na unidade de saúde.

-Divulgar em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

No eixo de **Qualificação da Prática Clínica** a ação será:

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

Detalhamento da ação:

- Em reunião de equipe médico e enfermeiro irão realizar capacitação para os ACS sobre a informação da periodicidade das consultas aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, com foco na prevenção da doença e na promoção da saúde, alertando ainda para as complicações das doenças e sobre o uso de medicamentos.

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

Ações:

No eixo **Monitoramento e avaliação** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

-Identificar os usuários faltosos antes das consultas no registro de diabéticos.

No eixo de **Organização e Gestão do Serviço** a ação é:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento da ação:

-Nas visitas domiciliares feitas pelos ACS buscar os usuários faltosos.

-Realizar visitas no domicílio com uma equipe de saúde onde seja parte dela um representante da comunidade.

No eixo de **Engajamento Público** a ação é:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

-Esclarecer aos portadores de diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento da ação:

-Divulgação pelos ACS em visita domiciliar;

-Entrega de panfleto informativo;

-Colocar cartazes na unidade de saúde.

-Divulgar em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

No eixo de **Qualificação da Prática Clínica** a ação será:

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

Detalhamento da ação:

- Em reunião de equipe médico e enfermeiro irão realizar capacitação para os ACS sobre a informação da periodicidade das consultas aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, com foco na prevenção da doença e na promoção da saúde, alertando ainda para as complicações das doenças e sobre o uso de medicamentos.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

No eixo **Monitoramento e avaliação** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

-Revisão dos registros de hipertensos acompanhados mensalmente.

No eixo de **Organização e Gestão do Serviço** a ação é:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

-Pactuar com a equipe o registro das informações.

-Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

-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 da ação:

-Realizar o cadastro dos usuários hipertenso e informar mensalmente para garantir a atualização do SIAB.

-Disponibilizar de um registro que será atualizado por a enfermeira mensalmente.

-Disponibilizar o registro por ordem alfabético e identificando aqueles com atraso na realização de consulta de acompanhamento, com 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.

No eixo de **Engajamento Público** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

- Divulgação pelos ACS em visita domiciliar;

-Entrega de panfleto informativo;

-Colocar cartazes na unidade de saúde.

-Divulgar em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

No eixo de **Qualificação da Prática Clínica** a ação será:

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso

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

Detalhamento da ação:

-Serão Capacitados os profissionais da equipe nas reuniões do médico e enfermeira.

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

No eixo **Monitoramento e avaliação** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

-Revisão dos registros de diabéticos acompanhados mensalmente.

No eixo de **Organização e Gestão do Serviço** a ação é:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

-Pactuar com a equipe o registro das informações.

-Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

-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 da ação:

-Realizar o cadastro dos usuários hipertenso e informar mensalmente para garantir a atualização do SIAB.

-Disponibilizar de um registro que será atualizado por a enfermeira mensalmente.

-Disponibilizar o registro por ordem alfabético e identificando aqueles com atraso na realização de consulta de acompanhamento, com 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.

No eixo de **Engajamento Público** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

- Divulgação pelos ACS em visita domiciliar;

-Entrega de panfleto informativo;

-Colocar cartazes na unidade de saúde.

-Divulgar em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

No eixo de **Qualificação da Prática Clínica** a ação será:

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso

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

Detalhamento da ação:

-Serão Capacitados os profissionais da equipe nas reuniões do médico e enfermeira.

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

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

No eixo **Monitoramento e avaliação** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

-Revisão das fichas de atendimento.

-Criar um ponto na planilha de cadastro dos usuários dos ACS, pra saber os usuários com a verificação da estratificação de risco.

No eixo **Organização e gestão do serviço** a ação é:

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

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da ação:

-Garantir a assistência a consulta cada 4 meses.

-Reajustar a agenda de cada dia para priorizar estes usuários.

-Agendar com antecipação a consulta e informar ao ACS a data pra que os usuárioss sejam avisados.

No eixo de **Engajamento Público** a ação é:

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

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

Detalhamento da ação:

- Divulgação pelos ACS em visita domiciliar;
- Entrega de panfleto informativo;
- Colocar cartazes na unidade de saúde.
- Divulgar em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

No eixo de **Qualificação da Prática Clínica** a ação será:

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

Detalhamento da ação:

- Disponibilizar o escore de Framingham.
- Serão capacitados os profissionais para que possam realizar esta avaliação.

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

No eixo **Monitoramento e avaliação** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

- Revisão das fichas de atendimento.
- Criar um ponto na planilha de cadastro dos usuários dos ACS, pra saber os usuários com a verificação da estratificação de risco.

No eixo **Organização e gestão do serviço** a ação é:

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da ação:

- Garantir a assistência a consulta cada 4 meses.
- Reajustar a agenda de cada dia para priorizar estes usuários.

-Agendar com antecipação a consulta e informar ao ACS a data pra que os usuários sejam avisados.

No eixo de **Engajamento Público** a ação é:

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

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

Detalhamento da ação:

-Divulgação pelos ACS em visita domiciliar;

-Entrega de panfleto informativo;

-Colocar cartazes na unidade de saúde.

-Divulgar em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

No eixo de **Qualificação da Prática Clínica** a ação será:

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

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

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

Detalhamento da ação:

-Disponibilizar o escore de Framingham.

-Serão capacitados os profissionais para que possam realizar esta avaliação.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

No eixo **Monitoramento e avaliação** a ação é:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento da ação:

-Encaminhar ao nutricionista.

-Garantir um registro das consultas de nutrição com os usuários hipertensos que assistem.

No eixo de **Organização e Gestão do Serviço** a ação é:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento da ação:

- Garantir um grupo de hipertensos.
- Garantir a participação da nutricionista.

No eixo de **Engajamento Público** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

- Divulgação pelos ACS em visita domiciliar;
- Entrega de panfleto informativo;
- Colocar cartazes na unidade de saúde.

Divulgar em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

No eixo de **Qualificação da Prática Clínica** a ação será:

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

Detalhamento da ação:

- Serão capacitados nas reuniões os profissionais da equipe de saúde.

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

No eixo **Monitoramento e avaliação** a ação é:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento da ação:

- Encaminhar ao nutricionista.
- Garantir um registro das consultas de nutrição com os usuários diabéticos a que assistem.

No eixo de **Organização e Gestão do Serviço** a ação é:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento da ação:

- Garantir um grupo de diabéticos.
- Garantir a participação da nutricionista.

No eixo de **Engajamento Público** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

- Divulgação pelos ACS em visita domiciliar;

Entrega de panfleto informativo;

Colocar cartazes na unidade de saúde.

Divulgar em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

No eixo de **Qualificação da Prática Clínica** a ação será:

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

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

Detalhamento da ação:

-Serão capacitados nas reuniões os profissionais da equipe de saúde.

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

No eixo **Monitoramento e avaliação** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

-Garantir um educador físico.

-Disponibilização de um registro na realização de atividade física com os hipertensos que assistem.

No eixo de **Organização e Gestão do Serviço** a ação é:

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

Detalhamento da ação:

-Disponibilizar de um grupo de hipertensos.

- Garantir a participação de parcerias institucionais para ter um educador físico nesta atividade.

No eixo de **Engajamento Público** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

-Divulgação pelos ACS em visita domiciliar;

-Entrega de panfleto informativo;

-Colocar cartazes na unidade de saúde.

-Divulgar em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

No eixo de **Qualificação da Prática Clínica** a ação será:

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

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

Detalhamento da ação:

-Será capacitada a equipe da UBS nas reuniões, onde vai estar presente o educador físico.

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

No eixo **Monitoramento e avaliação** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

-Garantir um educador físico.

-Disponibilização de um registro na realização de atividade física com os diabéticos que assistem.

No eixo de **Organização e Gestão do Serviço** a ação é:

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

Detalhamento da ação:

-Disponibilizar de um grupo de diabéticos.

- Garantir a participação de parcerias institucionais para ter um educador físico nesta atividade.

No eixo de **Engajamento Público** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

-Divulgação pelos ACS em visita domiciliar;

-Entrega de panfleto informativo;

-Colocar cartazes na unidade de saúde.

-Divulgar em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

No eixo de **Qualificação da Prática Clínica** a ação será:

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

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

Detalhamento da ação:

-Será capacitada a equipe da UBS nas reuniões, onde vai estar presente o educador físico.

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

No eixo **Monitoramento e avaliação** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

-Criar uma planilha de cadastro dos hipertensos onde se colete se é fumante ativo ou passivo. Realizar a atualização nas reuniões quinzenal.

No eixo de **Organização e Gestão do Serviço** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

-Disponibilizar os medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" na Farmácia Popular/Hiperdia.

No eixo de **Engajamento Público** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

- Divulgação pelos ACS em visita domiciliar;
- Entrega de panfleto informativo;
- Colocar cartazes na unidade de saúde.
- Divulgar em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

No eixo de **Qualificação da Prática Clínica** a ação será:

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

Detalhamento da ação:

-Será capacitada a equipe da UBS sobre o tratamento de usuários tabagistas.

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

No eixo **Monitoramento e avaliação** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

-Criar uma planilha de cadastro dos diabéticos onde se colete se é fumante ativo ou passivo. Realizar a atualização nas reuniões quinzenal.

No eixo de **Organização e Gestão do Serviço** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

-Disponibilizar os medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" na Farmácia Popular/Hiperdia.

No eixo de **Engajamento Público** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

- Divulgação pelos ACS em visita domiciliar;
- Entrega de panfleto informativo;
- Colocar cartazes na unidade de saúde.
- Divulgar em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

No eixo de **Qualificação da Prática Clínica** a ação será:

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

Detalhamento da ação:

- Será capacitada a equipe da UBS sobre o tratamento de usuários tabagistas.

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

No eixo **Monitoramento e avaliação** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

- Criar um registro na consulta de odontologista dos usuários hipertensos que são atendidos.

- Coletar na planilha do cadastramento dos hipertensos se recebe ou receberam o atendimento odontológico.

No eixo de **Organização e Gestão do Serviço** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

- Garantir que as consultas por cada usuário sejam de 15-20 minutos, é dizer, que o tempo seja suficiente para garantir as orientações em nível individual.

- Agendar as consultas da semana próxima, para evitar excesso de demanda.

No eixo de **Engajamento Público** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

- Divulgação pelos ACS em visita domiciliar;
- Entrega de panfleto informativo;
- Colocar cartazes na unidade de saúde.
- Divulgar em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

No eixo de **Qualificação da Prática Clínica** a ação será:

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento da ação:

- Garantir a capacitação da equipe por parte de odontologia para oferecer orientações de higiene bucal.

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

No eixo **Monitoramento e avaliação** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

- Criar um registro na consulta de odontologista dos usuários diabéticos que são atendidos.

- Coletar na planilha do cadastramento dos diabéticos se recebe ou receberam o atendimento odontológico.

No eixo de **Organização e Gestão do Serviço** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

- Garantir que as consultas por cada usuário sejam de 15-20 minutos, é dizer, que o tempo seja suficiente para garantir as orientações em nível individual.

- Agendar as consultas da semana próxima, para evitar excesso de demanda.

No eixo de **Engajamento Público** a ação é:

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

Detalhamento da ação:

- Divulgação pelos ACS em visita domiciliar;
- Entrega de panfleto informativo;

-Colocar cartazes na unidade de saúde.

-Divulgar em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

No eixo de **Qualificação da Prática Clínica** a ação será:

-Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento da ação:

-Garantir a capacitação da equipe por parte de odontologia para oferecer orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.1 Proporções de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

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

2.3.3 Logística

A logística começa por 3 itens básicos para estruturar a Intervenção em uma ação programática como primeiro item tem o protocolo ou manual técnico, mas como em minha UBS não têm protocolo eu vou a fazer meu trabalho tomando como guia os Cadernos de Atenção Básica -36 DM, estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica (BRASIL, 2013) e os Cadernos de Atenção Básica -37 HAS (BRASIL, 2013), estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica que foram

fornecidos na unidade número um da faculdade. Minha equipe e eu iremos realizar o registro para viabilizar o monitoramento, mas este será feito de um jeito manual (livro de registro), apoiando-nos dos prontuários e dos dados que os Agentes Comunitários da Saúde tenham atualizados, para assim atualizar os atrasos nas consultas de alguns usuários e dos exames que tenham pendentes por realizar ou atraso nos mesmos ou usuários que acostumam faltar frequentemente e determinar se tem atraso nas vacinas correspondentes para cada grupo de idade ao que pertence que o responsável serão a enfermeira e/ou técnica de enfermagem/auxiliar de enfermagem.

Pra a realização de um monitoramento regular primeiramente têm que começar pela triagem onde devem ter nos prontuários todos os dados como: o peso, a altura, a pressão arterial, o teste de glicemia e circunferência abdominal que é feito pela enfermeira e/ou técnica de enfermagem/auxiliar de enfermagem todos os dias na Estratégia da Saúde da Família nos dois turnos de atendimento. Depois de diagnosticado o usuário como hipertenso ou diabético, o cadastro é feito pelos agentes comunitários de saúde, os quais realizam visita no domicílio segundo o planejamento da ESF que oferecem os dados diante o cadastro familiar e são levados à Estratégia de Saúde da Família, também eles oferecem informações de cuidados da saúde dos diabéticos e hipertensos. Serão capacitados os agentes comunitários de saúde por parte dos médicos e a enfermeira para aferição de pressão arterial nos domicílios das diferentes famílias, com um encontro mensal durante 6 meses e uma avaliação a cada dois meses e no último mês uma avaliação com mais rigor. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 1 hora ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe, a qual é nas quarta feiras no segundo turno depois das 15:00 horas, mas se efetuar na terceira quarta feira de cada mês.

Efetuar palestras na comunidade junto com um grau importante de usuários que apresentem estas doenças para que apoiem aos doentes e conscientizar a todos das complicações e da importância da aferição de pressão arterial nos maiores de 18 anos e com mais prioridade naqueles que tem antecedentes na família de hipertensos ou diabéticos, que vai ser feito pelo médico e/ou enfermeira que será realizada quando se fazem campanhas de vacinação ou para realizar teste rápido de HIV e hepatite B e C a toda população num local determinado previamente pela secretaria de saúde e também usando para isso á radio do município por meio

de um espaço de sua programação para falar sobre estas doenças que é responsabilidade da secretaria de saúde para escolher esse espaço na programação deles. A enfermeira buscará os usuários com atraso nas consultas e na realização dos exames de laboratório de forma mensal na ESF e o informará aos ACS para que eles falem com os usuários e agendem novamente e fazer busca ativa na comunidade também por meio da fala dos ACS nas visitas domiciliares. A dentista buscará mensalmente os usuários com atraso as suas consultas para daí agendar novamente e será responsável de fazer palestras mensais na população junto aos médicos sobre a importância de saúde bucal.

Como não temos protocolo como foi já explicado, temos que imprimir a guia pela qual vai ser feito o trabalho na UBS o que vai ser responsabilidade da secretaria e daí a capacitação dos trabalhadores da equipe. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião da equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do caderno de atenção básica e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. O qual será executado nas primeiras e segundas quarta-feira de cada mês, até completar a discussão total do mesmo.

Capacitar a equipe de trabalho de acordo ao uso do escore de Framingham ou de lesões de órgãos alvo com apoio do cardiologista e clínico do município, com responsabilidade da secretaria de saúde para que coordene com a direção do hospital o dia e ambiente em que pode ser feita para assim determinar o risco cardiovascular destes usuários, garantir por parte da secretaria de saúde um educador físico para incentivar a realização de exercícios físicos nos doentes e na comunidade, apoiarmos a nutricionista do NASF para que realize encontros com os doentes e a comunidade para que aprendam os hábitos alimentares saudáveis que podem ser feitos nas datas de vacinação da população onde se juntam mais pessoas.

No objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos, tem como ações :

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

- Garantir material adequado para calcular o índice de massa corporal (IMC)(fita métrica, tabela de peso e altura) na unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, medir peso e medir estatura.

Estas ações serão feita por o médico e a enfermeira da UBS, na primeira semana do início do projeto de intervenção. Na UBS. Pra isso vamos a organizar e usar a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso para os hipertensos e diabéticos que se acham em nossa área de abrangência, depois se capacitarão os ACS como realizar a coleta de dados e as orientações que vão a dar na comunidade sobre os fatores de riscos e a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos de idade.

Para isso precisa ser providenciado: impressora e folhas para que possamos disponibilizar as planilhas para o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, além disso, as canetas para os ACS.

No objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos tem como ações:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
 - Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
 - Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
 - Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alertar os exames complementares preconizados.
 - Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
 - Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.
 - Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
 - Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

O responsável serão a enfermeira, as farmacêuticas, a dentista, o médico e a gestora de saúde que esta última vai garantir os protocolos impressos. Que vai ser realizado na primeira semana do início do projeto de intervenção, na UBS. Iremos definir em reunião de equipe o protocolo a ser utilizado, sendo preferencialmente o manual técnico do Ministério da Saúde sobre HAS e DM. Serão distribuídas também as funções e atribuições dos membros da equipe nesta reunião, sendo que o monitoramento da realização das funções será mediante planilha de registro e controle do que cada um deverá realizar para hipertensos e diabéticos semanalmente será feita reunião de estudos para capacitação da equipe quanto aos protocolos clínicos. Será disponibilizado na unidade versão impresso do protocolo para o médico em seu consultório, e para a equipe de enfermagem. Será necessária impressora e folhas para que possamos disponibilizar o protocolo a equipe. Teremos que organizar a agenda dos profissionais para que estejam disponíveis nos horários das capacitações agendadas.

No objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Para o conjunto de ações referentes a esse objetivo, tais como:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).
 - Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.
 - Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
 - Esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
 - Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Os responsáveis são a enfermeira e médicos da UBS. Que será realizada na primeira semana início do projeto de intervenção na UBS, uma vez com o protocolo no consultório se verificara nas reuniões cada quinze dias se os usuários têm cumprimento da periodicidade das consultas de acordo ao estabelecido por ele, os faltosos e os novos usuários cadastrados com estas doenças mediante a coleta pela planilha de dados levadas á área por os ACS.

Será necessária impressora e folhas para que possamos disponibilizar as planilha de dados e a ficha espelho para todos os ACS da equipe e garantir a quantidade suficiente. Teremos que organizar a agenda dos profissionais para que estejam disponíveis nos horários das capacitações agendadas e para agendar ao faltosos o antes possível para garantir sua assistência nas consultas.

No objetivo 4. Melhorar o registro das informações. Para o conjunto de ações referentes a esse objetivo, tais como:

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.
 - Manter as informações do SIAB atualizadas.
 - Pactuar com a equipe o registro das informações.
 - Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
 - 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.
- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação á manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- Capacitar á equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso
 - Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Os responsáveis serão a enfermeira e o médico da UBS, será feito na primeira semana do início do projeto de intervenção na UBS. Para a o cumprimento das ações vamos a organizar o registro dos hipertensos e diabéticos por ordem alfabética e identificar os faltosos, os que têm atraso nas consultas, na realização dos exames complementares, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo, por meio da atualização nas reuniões cada 15 dias por os ACS, já que nas planilhas de coleta de dados e ficha espelho vão a ter um ponto para isso. Pra isso é necessário ter folhas, impressoras, canetas e prontuários em branco. Teremos que organizar a agenda dos profissionais para que estejam disponíveis nos horários das capacitações

agendadas e para priorizar a avaliação dos usuários de riscos e se tem comprometimento de órgãos alvo.

No objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Para o conjunto de ações referentes a esse objetivo, tais como:

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

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

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

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

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

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

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

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

- Os responsáveis serão a enfermeira, o médico e a gestora. Na primeira semana do início do projeto de intervenção, na UBS, para efetuar isso temos que nas reuniões ter os pacientes que tem suspeita de altos riscos que serão informados pelos ACS, terem a disponibilização da tabela para realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e priorizar o agendamento destes usuários, para isso precisamos de folha e impressoras.

No objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos. Para o conjunto de ações referentes a esse objetivo, tais como:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

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

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

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.
- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.
- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos, os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Os responsáveis são a enfermeira, o médico, a nutricionista e educador físico, na primeira semana do início do projeto de intervenção na UBS, O NAFS onde fica a nutricionista. Pra lograr isso temos que ter um grupo de usuários

hipertensos e diabéticos para garantir a realização da atividade física e as palestras de uma alimentação saudável, ter um tempo adequado para cada usuários nas consultas, pelo que temos que agendar as consultas por ordem de prioridade segundo o risco apresentado e ser informado aos ACS nas reuniões, que a gestora garante o educador físico para a realização da atividade correspondente. Pra garantir o cumprimento disso temos que ter o cadastro segundo o risco de cada usuário. É preciso ter as folhas e canetas para que os ACS possam ter as informações nas planilhas de coleta de dados e ficha espelho.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas.

O Sistema Único de Saúde (SUS) ofereceu uma melhoria na atenção à saúde da população, principalmente aquelas de piores condições socioeconômicas, assim como a aplicação de uma nova estratégia de trabalho com maior organização e desenvolvimento por meio do uso da promoção da qualidade de vida e prevenção de doenças. Os princípios do SUS são: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social.

As Estratégias de Saúde da família estão formadas por uma equipe de trabalho cujo primeiro sentimento que devem ter é a humanização do atendimento, trabalhar com amor no o dia a dia realizar o acolhimento cheio de esperança para todos aqueles que precisem de nosso serviço, trabalhar em equipe, também realizar visitas domiciliares para assim conhecer as condições em que moram e riscos que poderiam estar influenciando na aparição de uma doença específica, efetuar ações educativas e, além disso, que a população tenha participação, pois com a ajuda dela é que vamos determinar na comunidade situações de riscos que podem afetar a todos.

As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas pra atingir nosso objetivo foram: a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de hipertensão arterial e diabetes mellitus qual foi realizada parcialmente, porque não tínhamos um protocolo impresso, sendo o adotado para a capacitação: *“Cadernos de Atenção Básica”. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus e hipertensão arterial de 2013*. Foi estabelecido o papel de cada profissional na ação programática, esta tarefa foi cumprida integralmente.

O cadastramento dos pacientes hipertensos e diabéticos da área adstrita no programa foi realizado parcialmente porque primeiramente o tempo é muito curto e,

além disso, há outras rotinas como atenção á gestantes e outra parte da população que apresenta outras doenças como asma brônquica, insuficiência cardíaca de diferentes causas e outras como gripe ou uma diarreia que aparece subitamente e que chegam como demanda espontânea que há que estudar cuidadosamente e não podemos tratar com menos importância que aos diabéticos e hipertensos, se não de igual para ter um equilíbrio.

Quanto o contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de hipertensão arterial e diabetes mellitus e solicitando apoio para a captação e assistência à consulta dos hipertensos e diabéticos e para as instituições que existem na área como igreja e escolas se realizou parcialmente, se realizou parcialmente, pois conversamos nas igrejas para receber o apoio sendo muito produtivo.

O atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos se desenvolve integralmente, porque eram realizados todos os dias nos dois turnos. A capacitação dos ACS para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos, a busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas, o monitoramento da intervenção, a capacitação dos ACS para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais atrasados, a busca ativa de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais atrasados e a busca ativa de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais atrasados são ações efetuadas integralmente.

O atendimento odontológico aos diabéticos e hipertensos é uma ação que o desenvolvimento é parcial porque a odontóloga tem que realizar ao atendimento da saúde bucal de usuários de 2 ESF e parte da população de outra ESF, havendo nos últimos meses um aumento das demandas de usuários e muitas ocasiões o material estéril não é suficiente para atingir a demanda, além disso ela junto com a técnica de saúde bucal tem que cumprir os Programas Saúde na Comunidade na Escola.

Quanto a monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos se desenvolve integralmente. As orientações de uma alimentação saudável aos diabéticos e hipertensos com apoio da nutricionista se realizou parcialmente, porque muitos hipertensos e diabéticos uma vez encaminhados à consulta com a nutricionista não assistem.

A ação de monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos e hipertensos se realizou parcialmente.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.

Entre as ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas encontramos o grupo de diabéticos e hipertensos, porque os pacientes não querem ir ao encontro preferem ficar em casa adiantando tarefas do lar, quando chega o inverno por ser muito fria a adesão é praticamente nula. Se tivéssemos um educador físico acredito que o grupo seria mais bem conduzido e teria mais adesão. As orientações para atividade física regular aos diabéticos com apoio do educador físico não forem desenvolvidas por déficit de um educador físico em nossa ESF.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.

As dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção forem em primeiro lugar a falta de um registro atualizado com o total de usuários diabéticos e hipertensos, e com a identificação de todos os que tinham atraso na realização dos exames laboratoriais e nas consultas, a falta de um protocolo impresso na ESF, os dados que tinham coletados no SIAB, muitas vezes não correspondiam, com os que tínhamos na ESF. Além disso, os ACS apresentavam dificuldade na hora de realizar a coleta de dados nas planilhas do cadastramento dos usuários, pois as informações às vezes não coincidiam. No fechamento das planilhas de coletas de dados (anexo) não tivemos problemas nem no cálculo dos indicadores, já que a planilha de coleta de dados apresenta um programa pelo qual realiza o mesmo automaticamente.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.

Pra a análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço vamos a continuar organizando e atualizando os dados no registro de usuários hipertensos e diabéticos da UBS, e logo manter identificados os pacientes faltosos as consultas, com atraso nas consultas e na realização dos exames complementares. Também priorizar o agendamento dos usuários com maiores riscos de complicações e assim melhoramos a qualidade de vida dos

usuários, evitamos complicações das doenças e garantimos que os usuários mudem o estilo de vida.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Este é um projeto de intervenção que foi realizado no município de Tenente Portela e desenvolvido no período de três meses. O planejamento inicial era realizar a intervenção em 16 semanas, como apresento no cronograma, porém por orientação do curso a duração da intervenção foi de 12 semanas. Teve a participação da equipe de saúde II Santa Clara, apoio da gestão da UBS e da secretaria de saúde da prefeitura de Tenente Portela. A seguir irei citar as metas com o indicador correspondente, avaliando o desempenho das ações durante a intervenção realizada.

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

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

A cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos antes do início da intervenção era inferior a 7% (34) hipertensos cadastrados e de inferior a 6% (5) diabéticos cadastrados. Entres os objetivos da intervenção, melhorar e ampliar o atendimento aos hipertensos e diabéticos de nossa população adstrita, as coberturas nos dois primeiros meses foram de 7,0% (34) e 15,2% (74) hipertensos e 6,0% (5) e 13,1% (11) diabéticos. Ao iniciar nem todos os profissionais ficaram envolvidos com a intervenção, aspecto que depois foi melhorando e motivaram uma melhoria deste indicador de maneira importante nos meses dois e três, até alcançarmos neste último 23,6% (115) de hipertensos e 31,0% (26) de diabéticos. Ao finalizar a intervenção com o desenvolvimento das ações realizadas de maneira intensiva e com um número maior de ações de saúde (na comunidade, em igrejas, escolas) nos meses dois e três, incrementamos as visitas domiciliares, a busca ativa dos faltosos, como também às ações de saúde realizando o rastreamento na população com riscos. Aproveitamos todos os espaços na UBS, nas consultas com participação ativa de toda a equipe conseguimos aumentar a captação.

Os resultados foram melhorando, havendo maior motivação dos profissionais com as capacitações, um maior apoio da comunidade e estabilidade dos medicamentos da farmácia da UBS e da farmácia Popular com apoio dos gestores da unidade e secretaria municipal de saúde. Com os resultados obtidos conseguimos ampliar a cobertura e organizar o cadastramento dos usuários da unidade, mas penso que o importante é continuar com rotina diária, dos cadastramentos dentro e fora da unidade para captar os hipertensos e diabéticos que ainda não foram cadastrados. Devemos perseguir a meta de cadastrar 100% da população alvo da área adstrita. (Figura 1 e figura 2).

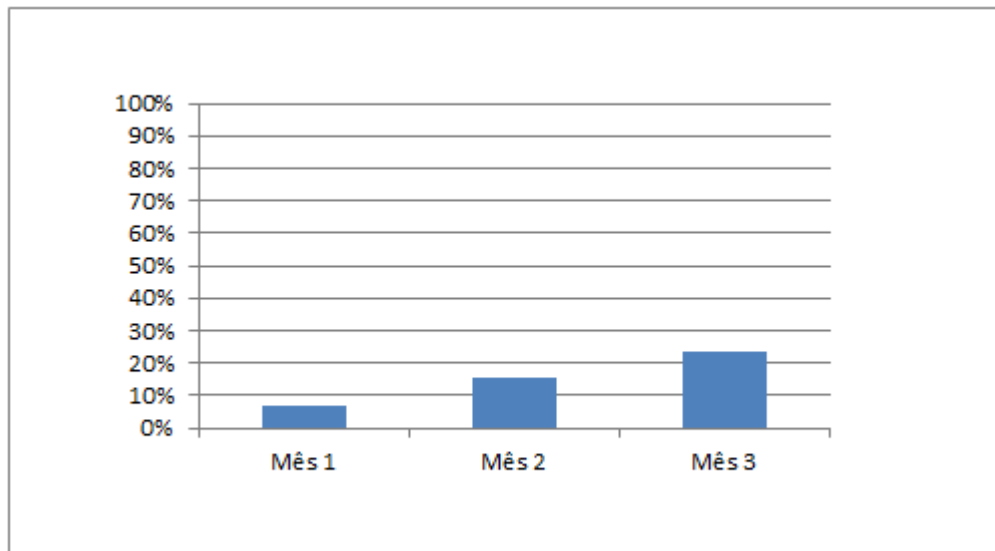


Figura 1: Gráfico da cobertura de hipertensos do programa de hipertensão e diabetes.
Fonte: Planilha de coleta de dados

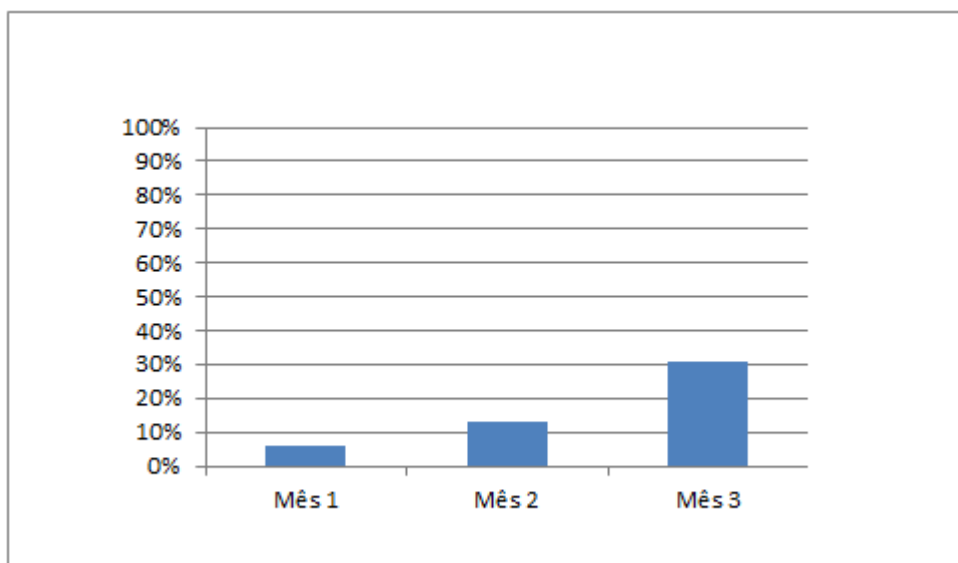


Figura 2: Gráfico da cobertura de diabéticos do programa de hipertensão e diabetes.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

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

Antes da intervenção o exame clínico realizado por todos os profissionais da UBS não tinha uma mesma forma ou padrão de identificação, avaliando integralmente e definir os riscos dos hipertensos e diabéticos. Colocamos em pratica desde o início da intervenção, houve a aceitação pelos profissionais com ajuda de nosso gestor, e a proporção de hipertensos e diabéticos com exame clinico em dia de acordo com o protocolo de forma apropriada, foi de um 88,2% (30) e de um 91,9% (68) dos hipertensos e de um 80,0% (4) e de um 90.9% (10) dos diabéticos nos primeiro e segundo meses; já no terceiro mês foi de um 93,9% (108) dos hipertensos e de um 92,3% (24) dos diabéticos. Os resultados alcançados também foram conseguidos através das capacitações dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde motivando-os, sendo este importante para ajudar os usuários e pela definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico. Com os resultados alcançados o mais importante é que o trabalho continue na rotina do serviço em nossa unidade para que possamos realizar exame clinico e continuar melhorando a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos. (Figura 3 e figura 4).

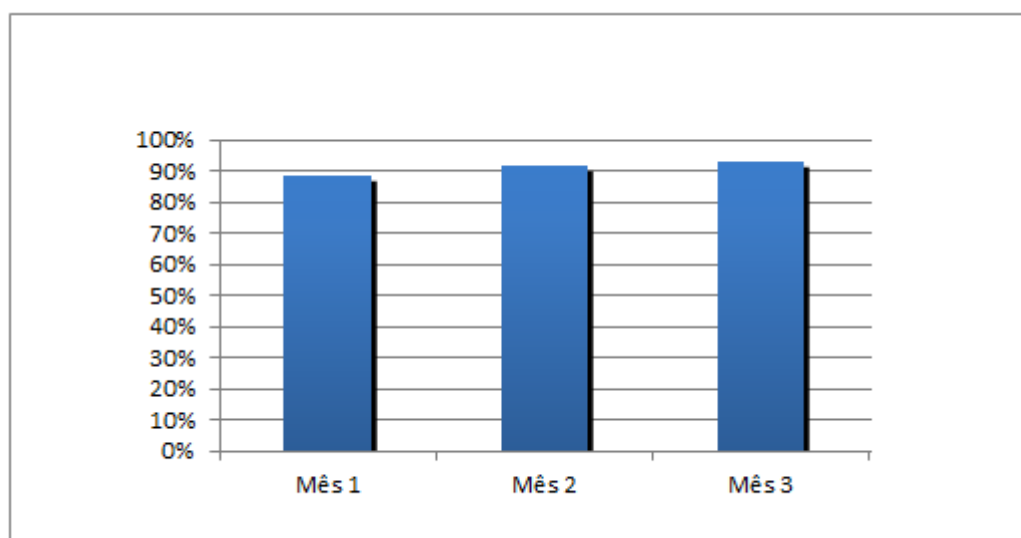


Figura 3: Gráfico de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo do programa de hipertensão e diabetes. Fonte: Planilha de coleta de dados.

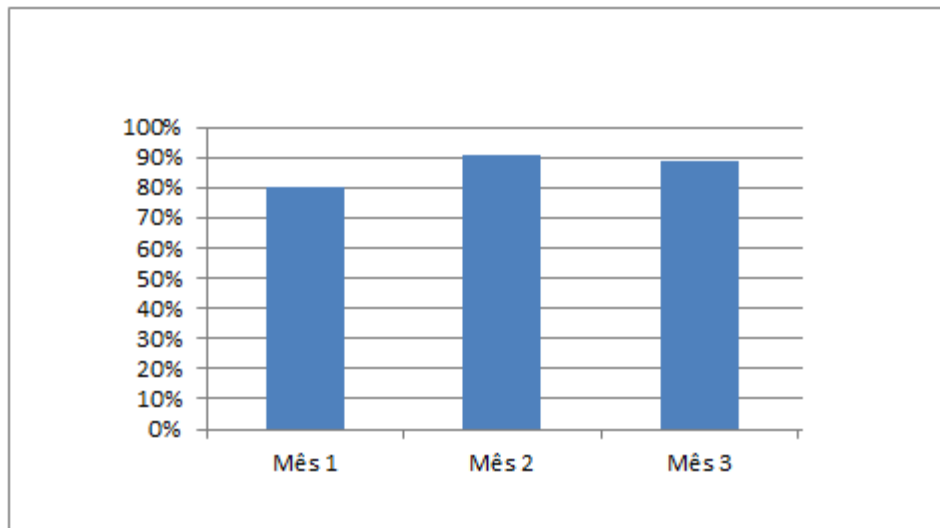


Figura 4: Gráfico de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo do programa de hipertensão e diabetes.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

A proporção de hipertensos e diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com nosso protocolo em hipertensos 90,4% (104) e 84,8% (22) diabéticos ao finalizar a intervenção. Mas iniciamos a intervenção no primeiro mês com 74,4% (27) hipertensos e 60,0% (3). No segundo mês cadastramos e acompanhamos 87,8% (65) e 90,4% (104) hipertensos e 81,8% (9) diabéticos.

As maiorias tiveram todos os exames indicados em dia segundo o protocolo, mas a principal dificuldade foi que nossa UBS não tem laboratório clínico e não nem todos os usuários podem pagar para os laboratórios privados. Encaminhamos os usuários para o Hospital Santo Antônio que fica no município, além disso, no município nós só encaminhamos para ali, outros municípios perto realizam os exames também e às vezes as filas são muito grande, permitindo que todos os usuários não tenham a possibilidades de sua realização. Além das dificuldades para conseguir agendar vagas para a realização dos disponibilizados, ficando difícil avaliar os retornos, mas na intervenção, a maioria dos hipertensos e diabéticos que fizeram atendimento, foram requisitado os exames complementares, conforme o protocolo. O trabalho educativo das equipes, divulgando a importância e necessidade da realização dos exames, nas ações de saúde das comunidades, em

consultas e palestras o qual sensibilizamos a população sobre a importância de fazer os mesmos. Os usuários pendentes continuam em acompanhamento. Um Bairro populoso precisa de laboratórios clínicos e outros exames de qualidade e que possa satisfazer a demanda que atualmente tem os moradores do município ou a construção de centros diagnósticos com uma tecnologia necessária para a prevenção, controle e tratamento de destes agravos e de outras doenças e seus eventos. (Figura 5 e figura 6).

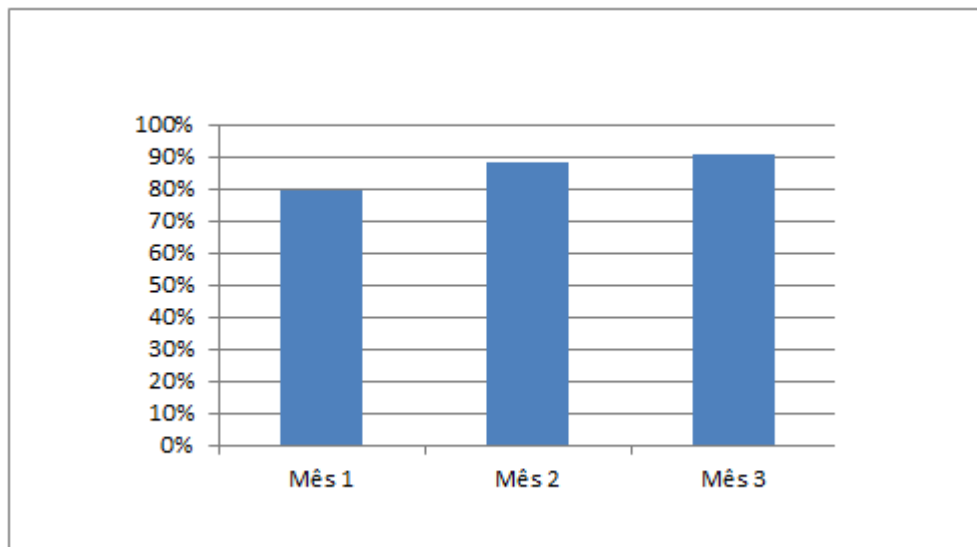


Figura 5: Gráfico da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo do programa de hipertensão e diabetes.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

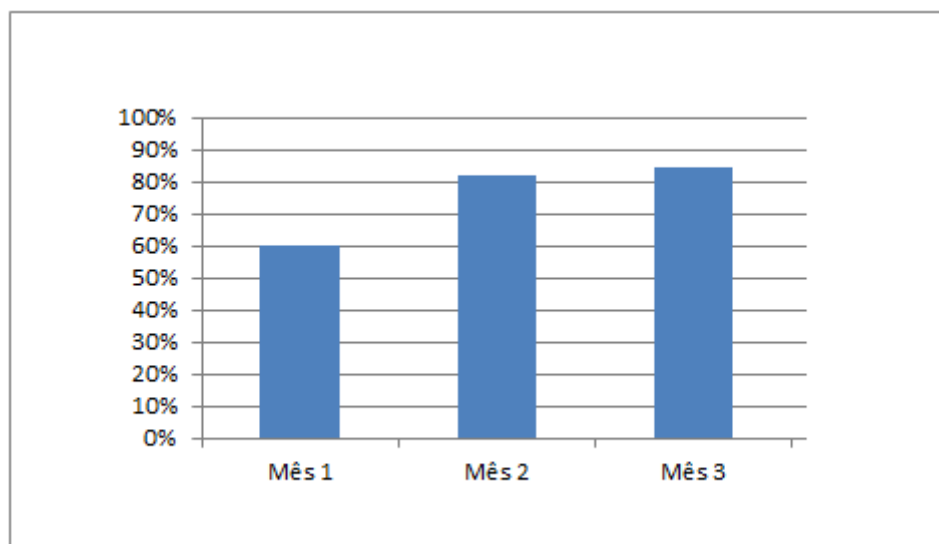


Figura 6: Gráfico da proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo do programa de hipertensão e diabetes.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

Ao finalizar o terceiro mês a proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada foi de 100% (115) em hipertensos e de 100% (26) em diabéticos, pensamos que este resultado foi possível por uma disponibilidade dos remédios de maneira estável durante os três meses da intervenção, ou seja, atingimos a meta de 100% em todos os meses, tivemos alguns momentos em que a farmácia da unidade de saúde estava com falta de alguns remédios como hipoglicemiantes ou anti-hipertensivos, os usuários foram encaminhados para a farmácia da Avenida Perimetral, Rua Charrua N° 75- Centro, porém quase todas as farmácias que residem no município são populares, que é conveniada com a farmácia Popular referência na cidade de Tenente Portela. Os usuários foram cadastrados e todos os meses foram entregues os remédios. Poucos usuários utilizam remédios necessários para o controle que não são do quadro básico, tendo que comprá-los, realizando uma maior adesão dos usuários a consultas/intervenção bem como em outras atividades na comunidade.

Muito importante também foi o trabalho educativo realizado com os usuários sobre o conhecimento dos agravos, tratamentos permanentes e que a ingestão dos mesmos é de maneira estável. As maiores dos usuários diagnosticadas na intervenção, ao retornarem a consulta, estavam com a pressão arterial e de glicemia em cifras normais, tratamentos adequados conforme os protocolos de tratamento estabelecidos pelo ministério da saúde, do Brasil. Na Farmácia da unidade temos registrado os hipertensos e diabéticos para controle dos medicamentos utilizados e organização. Pensamos que além dos resultados alcançados a população necessita de manutenção dos remédios gratuitos, ampliando a quantidade dos medicamentos.

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

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

Em relação à proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico tivemos no primeiro mês de 85,3% (29) hipertensos e 80,0% (4) diabéticos, no segundo mês de 90,5% (67) hipertensos e 90,9% (10), no terceiro mês 92,2% (106) e 88,5% (23), finalizando com 35,0% (202) hipertensos e de 33,0% (37) diabéticos, os resultados alcançados foram pelo

trabalho educativo das equipes de saúde da família, pelas atividades de capacitações, os encaminhamentos realizados e o trabalho de parceria das UBS mais perto de nossa unidade, além da realização na comunidade de ações de saúde com apoio das escolas e igrejas, o que ajudou muito neste indicador. É importante mencionar que nossa ESF realiza o atendimento de outra ESF porque a mesma não tem este serviço de odontologia e foi muito difícil conseguir cumprir este indicador, devido ao aumento das demandas espontâneas. Pensamos que a outra ESF necessita de um serviço de odontologia, de maneira estável pela importância da saúde bucal em todas as pessoas. (Figura 7 e figura 8).

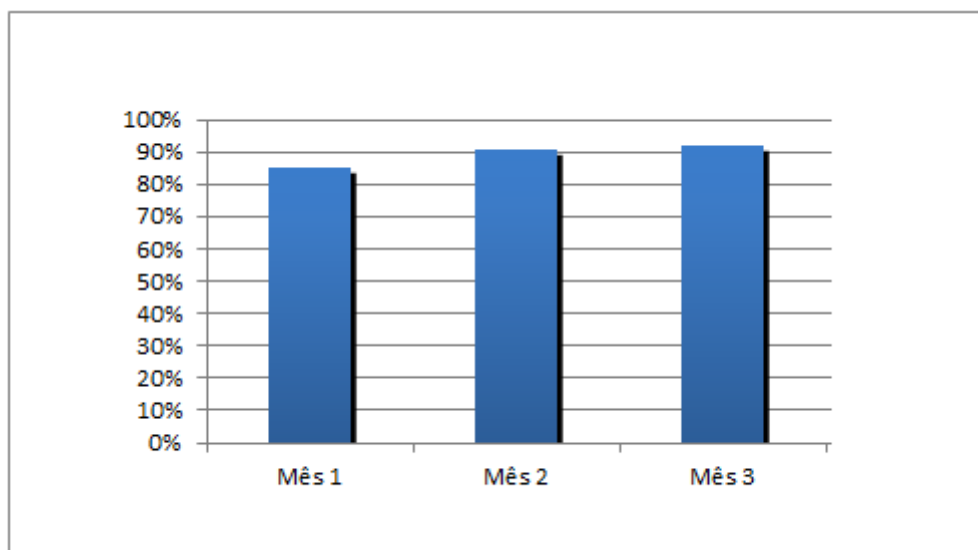


Figura 7: Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

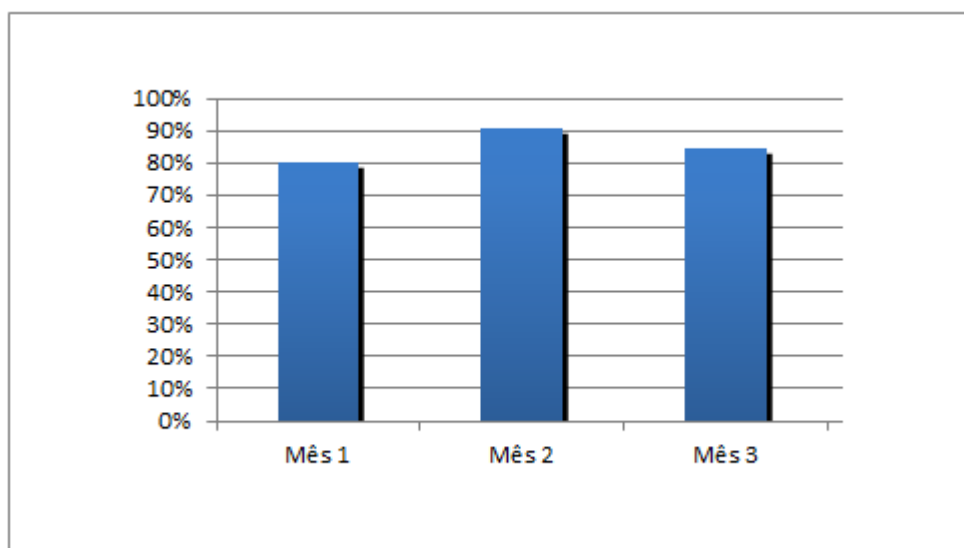


Figura 8: Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

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

Para melhorar a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao programa foi realizada a busca ativa dos usuários faltosos as consultas com a periodicidade recomendada. Tivemos em todos os meses 100% busca ativa dos faltosos as consultas médicas 6, 7, 9 hipertensos e de 2, 2, 4 diabéticos. Os resultados foram alcançados pela organização do trabalho das equipes, o monitoramento realizado de maneira semanal deste indicador, pelo incremento das visitas domiciliares pelos ACS, Técnicos de enfermagem, enfermeiras e médicos. Muito importante ressaltar o trabalho das enfermeiras coordenadoras das equipes pelo controle do trabalho e das visitas domiciliares realizadas pelos profissionais, tendo muita aceitação pela população, além das capacitações, palestras para os hipertensos e diabéticos sobre a importância das consultas de acompanhamento para o melhor controle.

As visitas domiciliares foi uma maneira muito legal de trabalhar uma maior inter-relação com a população e conseguimos vivenciar os problemas de saúde das comunidades, especialmente dos usuários faltosos que são os que mais precisaram de um acompanhamento, controle da pressão arterial e glicemia por realizarem tratamentos irregulares, a maioria com alto risco cardiovascular e pouco conhecimento dos agravos. Aspectos que melhoraram depois do resgate dos mesmos, aderindo ao tratamento. Participaram das palestras melhoraram o conhecimento.

Realizamos consultas planejadas e agendadas por todas as equipes de saúde da família e dos médicos que trabalham na unidade, fazendo atendimento aos hipertensos e diabéticos semanalmente, garantindo a atenção dos usuários agendados, por demanda espontânea ou que foram resgatados durante a busca ativa.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos.

Com o objetivo de melhorar o registro das informações e manter a ficha de acompanhamento de todos os hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, alcançamos ao finalizar a intervenção, uma proporção de 100% (115) hipertensos e de 100% (26) diabéticos. Inicialmente tivemos dificuldade, pois não contávamos com as fichas espelho imprimidas, a impressora estava quebrada no início da intervenção. Mais adiante estabelecemos uma rotina, que após o preenchimento entregariam as mesmas para nós, que digitaríamos os dados necessários para a planilha de coleta de dados. Após devolveríamos para as equipes, disponibilizamos ficha manual como exemplo e assim obtivemos os dados. No início estas fichas ficavam organizadas em pastas das equipes. Ao avaliarmos concluímos que ficariam junto aos prontuários dos usuários para agilizar as consultas e fazer um melhor acompanhamento de retorno.

Logo com os avanços da intervenção, com as capacitações dos profissionais foi aperfeiçoando-se, e incrementando-se o registro, o preenchimento adequado dos mesmos, tendo a participação de todos os profissionais. Os ACS e técnicas de enfermagem ajudaram com o preenchimento dos dados gerais dos usuários e os médicos preencheram os dados ou informações médicas, como os remédios, exames laboratoriais, índice de massa corporal, avaliação do risco cardiovascular, exame físico, exame dos pés, orientações nutricionais, antitabagismos, atividade física regular e odontológica, reagendando a próxima consulta.

Ao finalizar a intervenção conseguimos registro adequado das informações, tivemos muitas ideias durante a intervenção que podem ser recomendações para outros estudos, melhorando a atenção aos hipertensos e diabéticos no Brasil, utilizando as informações registradas na ficha de acompanhamento, confeccionar uma caderneta do hipertenso e diabético, onde além das informações de identificação, estar registrado as avaliações, acompanhamentos, facilitando aos usuários o acesso às informações.

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

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

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

O mapeamento dos hipertensos e diabéticos quanto ao risco cardiovascular foi realizado com estratificação do risco cardiovascular segundo o escore de Framingham e de lesões em órgãos alvo em todos os usuários cadastrados foi feito na unidade de saúde. A estratificação de risco cardiovascular iniciou com 67,6% (23) hipertensos e 60,0% (3) diabéticos, no segundo e terceiro mês com 82,4% (61), 87,0% (100) hipertensos e 81,8% (9), % 84,6 (22) diabéticos respectivamente.

Na estratificação do risco cardiovascular são necessários, além do exame físico, os resultados dos exames complementares, que nem sempre foi possível, pela falta de laboratório clínico e de recursos em nossa unidade, além de ressaltar que antes da intervenção nem era realizada esta avaliação na ESF, só pelo especialista em cardiologia. Os resultados foram obtidos pelas capacitações realizadas que tiveram muita aceitação pelos profissionais da unidade, melhorando o conhecimento dos mesmos sobre a classificação do risco cardiovascular.

Também pelas ações do monitoramento semanal do número de hipertensos e diabéticos com realização de estratificação de risco durante a intervenção. Com os ACS e técnicos de enfermagem pactuamos a prioridade do atendimento aos usuários avaliados como de alto risco, para priorizar as vagas e organizar semanalmente as agendas de atendimento em consultas médicas. Orientamos aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, da importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Em nossa intervenção todo usuário maior de 18 anos que compareceu à UBS independente do motivo foi verificada a pressão arterial, peso e altura na sala de triagem. O acolhimento inicial foi realizado pelas técnicas de enfermagem, para poder fazer avaliação do risco cardiovascular e avaliar o índice de massa corporal, as alterações evidentes foram notificadas de maneira imediata as enfermeiras que realizaram as indicações pertinentes (avaliaram risco cardiovascular, solicitação de exames complementares, etc.). Os usuários foram atendidos de maneira imediata ou agendaram a consulta para o médico, após a avaliação realizada. Definimos reserva na agenda de vagas para estes usuários avaliados. Com risco cardiovascular alto, em uma data inferior a 72 horas, aconteceu que nem sempre os usuários retornaram antes das 72 horas ou ainda não tinham realizado seus exames complementares. Foi um trabalho realizado pelas equipes para conseguir o mapeamento de risco para doença cardiovascular.

No caso de usuários com risco definido para diabetes foram realizadas HGT, os que ficaram acima de 220mg, eram avaliados e tratados no momento por médicos da unidade de saúde, sendo às vezes necessário encaminhar o usuário para o Hospital Santo Antônio. Notamos que com o desenvolvimento da intervenção estas ocorrências foram diminuindo, houve um maior controle dos usuários hipertensos e diabéticos. A glicemia capilar foi realizada pelas técnicas de enfermagem na sala de triagem e os usuários com critérios de risco, receberam atendimentos pelas enfermeiras e médicos, cumprindo os protocolos do atendimento, também nas ações de saúde e nas visitas domiciliares. Foram realizadas glicemias capilares e medições da pressão arterial para rastreamento, controle para a avaliação do risco cardiovascular.

Pensamos que é muito importante incorporar a rotina do serviço de saúde à avaliação do risco cardiovascular, estabelecendo as prioridades de atendimentos dos usuários que tem maior probabilidade de complicações por doenças cardiovasculares. É necessário o fornecimento de um número maior de aparelhos para realizar a HGT as equipes, realizando as capacitações nas reuniões na UBS (Figura 9 e figura 10).

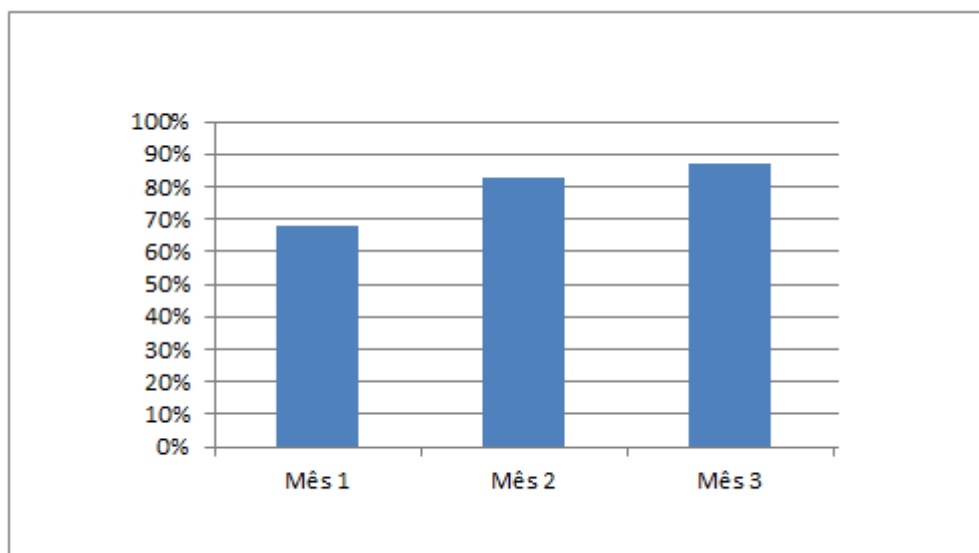


Figura 9: Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

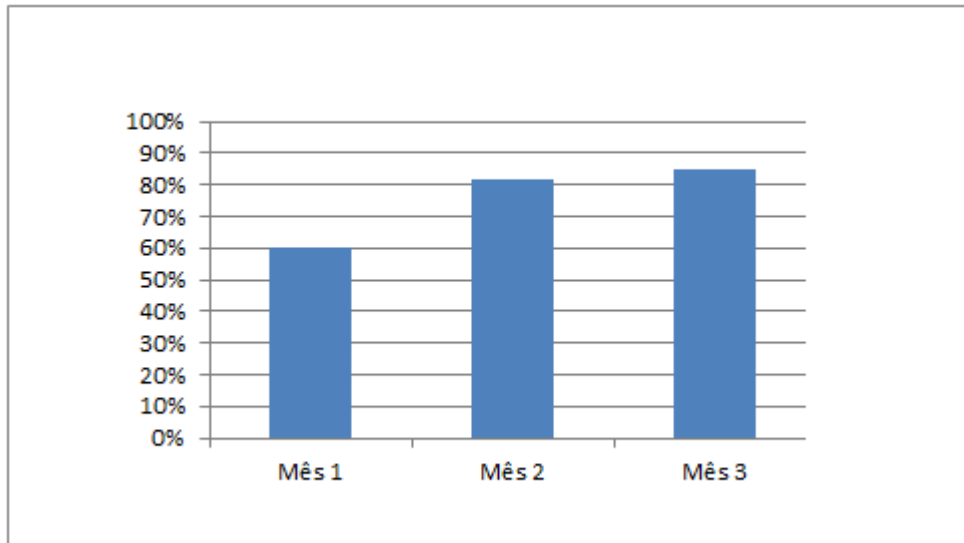


Figura 10: Gráfico da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Para promover a saúde dos hipertensos e diabéticos e garantir as orientações sobre alimentação saudável, práticas regulares de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e higiene bucal, realizaram a quantificação e proporção de hipertensos e diabéticos que receberam estas orientações.

De forma geral os resultados obtidos relacionados com a promoção de saúde, apresentaram um comportamento que foi melhorando durante a intervenção, chegando aproximadamente à meta proposta ao final. Realizamos atividades de educação e capacitação sistematicamente, mas nem todos os profissionais da UBS participaram, mas aos poucos foram aderindo à intervenção, o cronograma foi cumprido. Realizamos as ações de saúde em igrejas, escolas e locais da comunidade. As palestras na unidade foram muito importantes para conseguir os resultados positivos deste objetivo no término da intervenção.

Para promover a saúde de hipertensos e diabéticos foram realizadas avaliações odontológicas, palestras educativas com apoio dos profissionais da equipe de NASF (Núcleo da Atenção de Saúde da Família), a nutricionista e psicologista da UBS. Realizamos palestras sobre alimentação saudável, importância da atividade física, e sobre os danos causados pelo hábito de fumar e beber excessivamente.

Nas consultas médicas, de enfermagem e nas visitas domiciliares realizadas pelos integrantes das equipes, foram realizadas estas orientações. Também foi realizada a divulgação dos protocolos de hipertensão e diabetes, fatores de risco da doença, forma de acompanhamento destes usuários, detecção precoce, importância das consultas, suas periodicidades.

A rádio local com ajuda de ACS fez a divulgação da intervenção, juntamente com as orientações de promoção de saúde. Os carros de som com ajuda dos usuários da comunidade divulgavam as ações de saúde. Foram entregues materiais educativos e informativos para a população. Realizamos murais com a divulgação da prevenção destes agravos, com o mapa das áreas de abrangência de cada equipe. Fizemos a orientação para a população dos ACS que trabalham em diferentes micros áreas do bairro, para que a população conheça quem são seus ACS.

Para a realização das atividades de promoção de saúde buscamos parceria com a secretaria de saúde, realizamos ações de saúde planejadas. Mobilizamos a comunidade para que junto aos gestores municipais promovam o atendimento odontológico. Orientamos os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, sobre a importância da prática de atividade física regular e os usuários tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Muito importante mencionar que as ações de saúde acontecem de maneira integral e estável a mais de um ano em diferentes Bairros da cidade promovidos pela secretaria e pela prefeitura de Tenente Portela, tendo aceitação pela população, pela quantidade e qualidade das consultas realizadas (médicas de enfermeiras, de coleta de PCCU, com nutricionistas, psicologistas, dentistas, realização de testes rápidos de HIV e VDRL, palestras, vídeos educativos).

Ao finalizar a intervenção a maioria dos hipertensos e diabéticos receberam as orientações, melhorando os conhecimentos dos agravos, mas pensamos que ainda temos que continuar trabalhando, as UBS tendo mais recursos materiais para realizar ações de promoção, mais vídeos educativos. Na rotina diária das unidades. Divulgar ações e orientações nas rádios, jornais, televisão.

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

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

Quanto à proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável temos mencionar que durante o mês um da intervenção, receberam as orientações nutricionais 100% (34) e 100% (5) diabéticos. Finalizamos a intervenção um 100% (115) hipertensos e um 100% (26) diabéticos.

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

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

Tivemos ao termino da intervenção 100% (115) hipertensos e 100% (26) diabéticos, receberam as orientações sobre a prática de atividade física regular. Tivemos no primeiro mês, devido à falta motivação, conhecimentos um baixo numero dos cadastrados registrados adequadamente. As orientações referentes a estes indicadores após o monitoramento e avaliação melhoraram o registro das ações referentes às atividades físicas dos usuários, antitabagismo.

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

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

A proporção de hipertensos e diabéticos com orientações sobre os riscos do tabagismo foi feita em 100% (115) hipertensos e para 100% (26) diabéticos ao finalizar a intervenção.

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

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

A proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre higiene bucal que receberam as orientações foi de 100% (115) hipertensos, e 100% (26) diabéticos, o qual foi melhorando e perfeiçãoando com os meses de trabalho da intervenção e ao finalizar a mesma, receberam as orientações sobre higiene bucal (100%) usuários.

4.2 Discussão

Na discussão vamos a analisar o significado dos resultados obtidos para a equipe de saúde onde trabalho, para o serviço de saúde, para a comunidade e para os profissionais de saúde assim como outros passos que vamos seguir para melhorar a atenção à saúde no serviço.

Com a intervenção se alcançou um aumento da cobertura dos usuários diabéticos e hipertensos maior de 20 anos em nossa área de abrangência, de acordo ao exposto na planilha de coleta de dados final. Com isso ajudamos na prevenção de complicações destas doenças e na descompensação, garantindo o uso dos medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, além das consultas de seguimento e a realização de exame clínico e exames laboratoriais para que seja realizada de acordo com o protocolo adotado, uma melhor organização na coleta de dados e informações para assim realizar o cadastro e a atualização dos registros dos usuários diabéticos e hipertensos com a qualidade requerida e com apoio deles determinar os usuários que estão em atraso nas consultas, nos exames de laboratórios, os que apresentam a determinação do risco cardiovascular e os que ainda falta avaliar. Estas ações e a intervenção de modo geral fazem com que a equipe de trabalho fique mais unida nas tarefas e a incorporem na rotina da UBS. Mas não só traz vantagens para nós, para os serviços de saúde e os usuários diabéticos e hipertensos, como também para as famílias deles e a comunidade.

Então para a equipe de saúde é importante à intervenção porque com o estudo dos protocolos adotados na UBS sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus se realizou a capacitação dos profissionais de saúde de minha equipe, para assim seguir as orientações do Ministério da Saúde em relação ao rastreamento, diagnóstico, o tratamento não farmacológico e farmacológico e o monitoramento da hipertensão arterial e a diabetes mellitus. O desenvolvimento desta atividade promoveu o trabalho integrado dos médicos, da enfermeira, da técnica de enfermagem, da auxiliar de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde.

Nas atribuições dos profissionais de saúde em geral todos realizam o cuidado em saúde à população no domicílio, nas escolas, em igrejas e na associação de bairro/comunitária. Com relação aos médicos o trabalho envolve a medição de pressão arterial, atendimento nos consultórios e orientações sobre medicamentos, alimentação, atividades físicas e uso de álcool e tabaco, o exame

cínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos, realiza a requisição de exames de laboratório, realizam pequenas cirurgias/procedimentos, atendimentos de urgências /emergências, realizando o encaminhamento para unidade de serviço terciário de saúde em caso da presença de complicações e que não têm na UBS as condições para fazer o controle delas e também atendimentos nos domicílios de pacientes que requeiram nosso serviço.

A enfermeira junto com a técnica de enfermagem e a auxiliar de enfermagem fazem a triagem dos usuários e busca das fichas que estão organizadas por famílias, onde realizam a aferição da pressão arterial, mede a altura, a temperatura se necessário e o peso, organizam as consultas e fazem os agendamentos deles. A enfermeira realiza o agendamento do cito patológico de colo de útero e os das mamografias para o rastreamento de câncer de mama se a paciente é parte da população alvo. Monitoriza o trabalho dos ACS e as informações que eles têm que trazer para a UBS, então os ACS também tem suas atribuições, pois eles realizam as visitas domiciliares e ali pegam os dados de todos os pacientes, investigam se apresentam doenças ou não, assim vão realizando o cadastro dos usuários diabéticos e hipertensos, a busca ativa, orientações sobre a importância de que compareçam às consultas de seguimento, da realização dos exames de laboratório, da realização do exame bucal com a odontóloga. Também realizam a atualização dos registros dos hipertensos e diabéticos com supervisão da enfermeira.

A nutricionista avalia os usuários em consultas para ajudar no controle da doença por meio da mudança dos hábitos alimentares, já que o primeiro medicamento uma vez diagnosticado a hipertensão arterial ou a diabetes mellitus é o tratamento não farmacológico.

A odontóloga realiza os exames e procedimentos bucais de urgências e por agendamento, assim garante o controle dessas doenças. Porém agora o trabalho nessa consulta é com maior desenvolvimento porque há uma técnica de consultório dentário, que começou há 2 meses aproximadamente. A qualidade neste serviço aumentou, porque antes a odontóloga tinha que realizar tudo sozinha.

Então tudo o que foi exposto anteriormente acabou tendo impacto em outras atividades no serviço como a assistência de usuários que requerem atendimento e muitas vezes ficam no lar, já que as visitas domiciliares realizadas pelos ACS estão

sendo muito aceitas pela população e assim se aumenta a prevenção das doenças e controle delas e a organização dos serviços melhorou notavelmente.

A importância da intervenção para o serviço é muito evidente, já que antes da intervenção as atividades de atenção a hipertensos e diabéticos eram concentradas na médica, pois com o aumento das visitas no lar por parte dos ACS e a realização dos cadastros dos pacientes diabéticos e hipertensos, aumentou o número do atendimento deles, o que favorece a melhora dos registros, por meio da atualização dos dados e o agendamento ficou mais organizado, viabilizando o atendimento das demandas espontâneas, diminui o número de faltosos e com atrasos nas consultas de seguimento e os exames laboratoriais e assim se efetua a classificação e controle de risco e assim realizar o tratamento e prevenção destas doenças, avaliando então a priorização do atendimento dos mesmos. A população está tendo uma mudança quanto na alimentação, pois é mais saudável. Além de tudo isso se reduz a morbimortalidade relacionadas às doenças cardiovasculares, possibilita o diagnóstico precoce e adequado da HAS e DM em diversos usuários e se priorizam as medidas de promoção à saúde.

Se eu fosse realizar a intervenção neste momento o que faria diferente seria uma vez escolhido o tema da investigação, avalia-lo com as outras ESF do município e exortar aos outros médicos a realizar uma investigação da incidência e prevalência da hipertensão arterial e a diabetes mellitus em suas ESF e logo fazer uma comparação dos resultados e realizar um encontro mensal da população que está sendo objeto de estudo segundo o cadastramento realizado mês a mês das diferentes ESF e assim obter uma maior participação da população; começaria o cadastramento de todos os pacientes diabéticos e hipertensos da área de abrangência com a participação de toda a equipe e da comunidade. Com a integração dos outros médicos estudaríamos os problemas identificados em cada área e assim desenvolver uma série de ações para melhorar ou evitar os mesmos.

Uma vez feito isso começaríamos os questionários sobre os parâmetros a avaliar e os problemas encontrados na amostra escolhida para o estudo da intervenção com ajuda de minha equipe de trabalho. Com a identificação dos problemas neste pequeno grupo onde desenvolvi o estudo da intervenção, fazer a comparação com outros estudos realizados em minha UBS, no município ou com as diferentes partes do Brasil como, por exemplo, com um estudo na região nordeste, e depois fazer a discussão dos resultados alcançados. Ao terminar o projeto de

intervenção aplicar a toda a população de usuários hipertensos e diabéticos as medidas adotadas para evitar os problemas identificados.

Agora que chegamos ao fim do projeto com apoio da equipe de trabalho, a qual esteve integrada no desenvolvimento do mesmo, vamos incorporar à rotina do serviço a intervenção, apesar de muitas dificuldades que precisamos superar.

Pra a viabilidade de incorporar minha intervenção as rotinas do serviço vão ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorizar a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos, em especial aos de alto risco, realizar todos os dias nas consultas e triagem o que esta estabelecida no protocolo adotado na UBS.

As melhorias que pretendo fazer na intervenção são: continuar atualizando algumas informações que faltam nos registros o que prejudicou a coleta de vários indicadores, organizá-la por ordem alfabética e imprimir em cada ficha os nomes dos usuários e identificar junto a eles as dificuldades dos prontuários deles e trabalhar com base nisso. Assim a coleta e monitoramento dos indicadores que tínhamos previsto no projeto seriam efetuados com maior qualidade. Esperamos que a comunidade tenha maior participação na investigação, com maior integração das instituições como as igrejas no projeto, integrar os usuários hipertensos e diabéticos num grupo para assim participem em outras atividades, além de realizarmos mais palestras de uma maneira mais direta, frequente e participativa.

Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço, uma vez que se incorpore o ACS que esta doente ainda, investir na ampliação da cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos. Continuar a capacitação dos profissionais da saúde quanto aos novos artigos e bibliografias destas doenças assim como os medicamentos mais novos nas farmácias. Com apoio deste projeto poderíamos implementar o programa em outros grupos priorizados da população da área de abrangência da UBS como a saúde do idoso.

Então concluindo a discussão dos resultados, podemos ver que pese às dificuldades apresentadas para o desenvolvimento da intervenção conseguimos cumprir o planejado no cronograma, mais há muitos aspectos que requerem do apoio e ajuda dos gestores, pese a seu esforço muitos não foram cumpridos integralmente, pois no município se esta economizando recursos financeiros, pela crise no nível do país.

5 Relatório da intervenção para gestores

Ilmo. Gestor Municipal de Saúde,

No período de dezembro de 2014 a fevereiro de 2015, desenvolvemos na equipe de saúde 2 da Unidade Básica de Saúde Santa Clara, uma intervenção que teve como foco qualificar a atenção em saúde dos Hipertensos e Diabéticos na faixa etária maiores de 20 anos de idade para detecção precoce dos riscos e complicações. Deste modo, este relatório tem a finalidade de trazer ao conhecimento de Vossa Senhoria um resumo das ações desenvolvidas durante o período, os resultados alcançados pela intervenção e como a gestão pode nos apoiar para que continuemos melhorando os nossos indicadores de saúde.

Para a realização da intervenção, inicialmente construímos um projeto propondo objetivos, metas e ações a serem alcançadas no período de 16 semanas, no entanto, para cumprimento do calendário de conclusão da especialização, a intervenção foi realizada em apenas 12 semanas, o que acabou prejudicando o alcance das metas pactuadas previamente, mas, mesmo assim, pudemos garantir que a assistência oferecida aos usuários hipertensos e diabéticos que fizeram parte da intervenção foi de qualidade.

Antes da intervenção, os registros levados dos usuários diabéticos e hipertensos estavam com pouca organização e desatualização das informações como se o risco cardiovascular estava feito, os faltosos às consultas e atraso na realização dos exames complementares. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção para um maior número de hipertensos e diabéticos, assim, todos os usuários cadastrados foram, também, classificados e priorizados de acordo com a presença ou não de fatores de risco ou complicações das doenças, o que contribuiu para a melhoria da qualidade da assistência no serviço oferecida.

De um modo geral, a intervenção propiciou a ampliação da cobertura de usuários hipertensos e diabéticos na faixa etária maiores de 20 anos de idade, assim, durante as 12 semanas, acompanhamos 122 pacientes entre eles 115 hipertensos e 26 diabéticos; conseguimos a melhoria dos registros feitos durante as

consultas; melhoramos a qualidade do atendimento onde o exame clínico se realiza com maior qualidade porque cada usuário teve o tempo indicado durante a realização da consulta e cumpriu-se o parâmetro para isso e a adesão dos hipertensos e diabéticos à realização de exames complementares; mapeamos os hipertensos e diabéticos de risco e realizamos atividades de promoção à saúde. Para que todas essas melhorias acontecessem, foi necessário que as equipes se capacitassem para seguir as recomendações do Ministério da Saúde referentes à hipertensão arterial e diabetes mellitus, assim, esta atividade promoveu o trabalho integrado de todos os profissionais da UBS.

Fico muito grata pela ajuda recebida de vossa senhoria para o desenvolvimento projeto, para tentar o acesso à internet na secretária de saúde ou na busca de alternativas para a comunicação, ainda, pela atenção que nos foi oferecida sempre que necessitamos de esclarecimentos sobre o trabalho ou sobre a logística do programa no município.

Infelizmente, nem todos os usuários diabéticos e hipertensos que necessitavam realizar o exame de avaliação do risco cardiovascular puderam fazê-lo, pois não tem imprimida a escores de risco de Framingham nem o protocolo, isto acabou influenciando negativamente nos nossos indicadores. Consideramos que estes aspectos são dependentes da gestão e devem ser melhorados, pois são importantes para viabilizar a manutenção da ação programática.

Embora não tenhamos conseguido atingir todas as metas pactuadas, entendemos que o Programa da Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus não devem resultar no simples cadastro das usuárias, este tem que ser um processo contínuo de atendimento, acompanhamento e educação da população. Portanto, compreendemos a importância de dar continuidade às ações da intervenção e, para que isso ocorra, o apoio da gestão é essencial.

Enfim, consideramos efetiva e viável a intervenção, pois foi possível a implementação de ações que servirão de modelo para outras unidades de saúde do município e servirão de instrumentos para direcionar a prática dos profissionais e melhorar a qualidade de saúde dos hipertensos e diabéticos atendidos pelo Sistema Único de Saúde no município de Tenente Portela.

Agradecemos pelo incentivo recebido e desde já colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Cara Comunidade:

Durante os meses de dezembro de 2014 a fevereiro de 2015, realizamos uma intervenção nessa Unidade Básica de Saúde (UBS) que teve como objetivo Melhorar da Atenção á Saúde dos Hipertensos e Diabéticos maiores de 20 anos, ESF II, Santa Clara do município de Tenente Portela. O nosso objetivo era que a intervenção durasse 16 semanas, mas, por orientação da coordenação do curso, a intervenção durou apenas 12 semanas. Mesmo assim, conseguimos atender 122 pacientes neste período, entre eles 115 hipertensos e 26 diabéticos.

Nestas 12 semanas, realizamos várias atividades como forma de melhorar o atendimento oferecido aos usuários diabéticos e hipertensos e também conhecer melhor cada uns deles, por isso, fazíamos tantas perguntas durante as consultas e isso, muitas vezes, fazia com que os demais pacientes esperassem mais tempo para serem atendidos. Aproveitamos para pedir desculpas por isso.

O acolhimento dos diabéticos e hipertensos que buscaram o serviço foi realizado pelos técnicos de enfermagem e usuários que tinham estas doenças e com problemas agudos eram atendidos no mesmo turno e saíam com a próxima consulta agendada. Com ajuda dos ACS, utilizamos as informações dos registros para identificar aos usuários diabéticos e hipertensos de alto risco, daí, agendávamos estes usuários para realização de consulta médica ou de enfermagem o mais rápido possível.

Sabemos que as realizações dos exames complementares estão sendo demoradas porque a demanda de usuários é bastante no Hospital Santo Antônio (HSA) já que também são atendidos usuários de outros municípios da região e, além disso, se economizam de recursos no município pela situação econômica que atravessa o país. Assim, tentamos priorizar aqueles hipertensos e diabéticos que já haviam sido avaliados e tinham algum fator de risco ou aqueles que iriam fazer os exames de laboratório pela primeira vez. Mais uma vez, pedimos desculpas se

alguns de vocês ainda não conseguiram fazer os mesmos, mas espero que compreendam o problema que enfrentamos.

Aproveitamos o momento da intervenção para orientar aos usuários quanto aos fatores de risco para a hipertensão arterial e diabetes mellitus e também sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Infelizmente, a intervenção ficou um pouco prejudicada pela quantidade de feriados e pela chuva, já que dificultava a assistência dos pacientes do interior principalmente.

Também não conseguimos fazer o contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade das instituições como as escolas, mais de uma igreja da área sim, assim, contamos com o apoio de vocês para conseguirmos realizar estas atividades.

Enfim, estas ações terão continuidade, pois elas já fazem parte da rotina deste serviço, porém ainda são necessários alguns ajustes e para isso gostaríamos e necessitamos contar com a colaboração de todos vocês no sentido de nos ajudar na divulgação de informações para os demais usuários sobre a importância de realizar o seguimento em consultas da hipertensão arterial e diabetes mellitus. Inclusive, a comunidade pode apoiar o serviço ajudando a convencer aos hipertensos e diabéticos que não querem fazer os exames de laboratório, as consultas ou aquelas que apresentam algum fator de risco ou sintoma para comparecerem às consultas e procurarem ajuda a tempo.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O desenvolvimento do meu trabalho no curso em relação as minhas expectativas iniciais foi difícil porque há muitas tarefas que não dependem de mim para o cumprimento, por isso tive que buscar alternativas e outros meios de alcançá-las. Além disso, também é complicado o tempo que temos para cumprir as metas proposta no inicio do projeto da intervenção.

Porém, o curso teve um significado importante em minha prática profissional porque permitiu conhecer o protocolo para acompanhamento de usuários com doenças como hipertensão arterial e diabetes mellitus, as quais constituem doenças crônicas com maior prevalência na Estratégia de Saúde da Família do nosso município, sendo um dos aprendizados mais relevantes do curso estes estudos de protocolos de atendimento.

Com a intervenção foi possível garantir a organização dos serviços de saúde e ter um registro dos usuários hipertensos e diabéticos, onde podemos saber os que estão com consultas atrasadas, se realizaram os exames complementares e a avaliação de saúde bucal, se tem em dia a avaliação do risco cardiovascular, que pelo cadastro de todos os usuários tanto hipertensos, diabéticos e outros é possível priorizar aos que tem maior risco.

A intervenção permitiu também integrar à comunidade como apoio na organização de acordo com as necessidades dela e ainda favoreceu a comunicação com as lideranças da comunidade entre outros aspectos importantes para garantir o controle das doenças e assim ter um equilíbrio biopsicossocial, melhorando a qualidade do atendimento na saúde e evitando complicações das doenças.

Durante o curso aprendi a garantir um seguimento mais completo dos usuários hipertensos e diabéticos, pese a que muitas vezes se faz difícil à realização dos exames complementares devido à demanda de usuários no Hospital Santo Antônio que reside no município, porque ali recebem atendimentos os usuários de

outros municípios que estão pertos, também muitas vezes os usuários não entendiam o explicado porque o idioma era ainda difícil na hora de falar e o nível de escolaridade da maioria dos usuários de minha área de abrangência é baixo, as palavras que eles usam principalmente as pessoas idosas, que não estudaram ou alcançaram até um ano de estudo específico, eram pouco entendíveis.

A coleta dos dados no início estava difícil, pois, com a desatualização dos registros e o SIAB, que muitas vezes apreciam usuários que já não moravam na área, e outros que moravam e ainda não estavam cadastrados, pelo que era como empezar de zero. Mais com o passo dos dias, a investigação foi tendo um maior desenvolvimento e chegamos muito perto da meta proposta no início da intervenção.

Referências

Brasil, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Editora MS. 2013.

Brasil, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial. Editora MS. 2013.

Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/2012nahead/aop05812.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

Doenças cardiovasculares são primeira causa de mortalidade no mundo, diz OMS. Disponível em: <http://sites.uai.com.br/app/noticia/saudeplena/noticias/2013/07/22/no_144102/doencas-cardiovasculares-sao-primeira-caoa-de-mortalidade-no-mundo-d.shtml>. Acesso em: 19 nov. 2014.

Apêndices

Apêndice A – Fotos da Intervenção



UNASUS-UFPEL

**Curso de Especialização em
Saúde da Família**

Turma: 8 Grupo: 5



Especializando (a): Erileydis Rodriguez Acosta

Orientador (a): Maraiza Alves Freitas

Tarefa:

Data de Envio:





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 Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

Eu, Erileydis Rodriguez Acosta , médico (RMS /RS), 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