

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Pessoa com Hipertensão e ou Diabetes na UBS Jesus
Franco Pereira Município Alegrete/RS**

Isleydi Parrado Garcia

Pelotas, 2015

Isleydi Parrado Garcia

**Melhoria da Atenção à Pessoa com Hipertensão e ou Diabetes na UBS Jesus
Franco Pereira Município Alegrete/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: Cristiane Diniz Félix

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

G216m Garcia, Isleydi Parrado

Melhoria da Atenção à Pessoa com Hipertensão e ou Diabetes na UBS Jesus Franco Pereira Município Alegrete/RS / Isleydi Parrado Garcia; Cristiane Diniz Félix, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

110 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. Félix, Cristiane Diniz, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A meus pais: Maria Caridad Garcia Hernandez e
Jorge Luis Parrado Albernal.

Agradecimentos

A todos os que me ajudaram na elaboração deste trabalho especialmente os trabalhadores da UBS e as minhas orientadoras.

A Cuba e ao Brasil. Muito obrigada.

Resumo

Parrado Garcia, Isleydi. **Melhoria da Atenção ao Hipertenso e ao Diabético na UBS Jesus Franco Pereira Município Alegrete/RS. Ano 2015, fl 121.** Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus são doenças crônicas não transmissíveis muito frequentes nos adultos. A grande quantidade dos usuarios que sofrem destas doenças e a pouca qualidade na atenção destes foi o motivo de escolha para realização da intervenção na UBS Jesus Franco Pereira, Município Alegrete/RS. O objetivo geral foi melhorar a atenção ao usuário com hipertensão e ou diabetes, num período de duração de 12 semanas, de 13 de abril de 2015 a 4 de junho de 2015, o público alvo foram os usuários de 20 anos ou mais que tenham hipertensão e ou diabetes e que pertenciam à área de abrangência da Unidade. Para guiar o cuidado foi adotado o protocolo do Ministério da Saúde Atenção a Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde, Brasil, 2013. Para a coleta de dados foram utilizadas ficha espelho específica, bem como planilhas eletrônicas. Foram realizadas várias ações durante a intervenção como ampliar a cobertura do programa de atenção ao hipertenso e ao diabético, exame clínico pela médica clínica geral e a enfermagem, indicação e avaliação de exames laboratoriais de acordo com o protocolo, estratificação de risco cardiovascular, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, busca de usuarios faltos a consulta e orientações, sobre alimentação saudável, importância da prática regular de atividade física, higiene bucal e riscos do tabagismo, avaliação bucal pelo dentista, palestras na comunidade onde foi possível trabalhar a sensibilização da comunidade, bem como os familiares sobre a importância da equipe estar desenvolvendo este trabalho de priorização no cuidado através dos grupos de educação em saúde na comunidade. Foram avaliados um total de 573 usuários destes 568 tinham hipertensão e 95 tinham diabetes, as metas propostas para a intervenção era ampliar a cobertura do programa no caso da hipertensão foi acompanhado 93% dos hipertensos e diabéticos 63%, sendo que as metas não foram atingidas já que a intervenção deveria ter uma duração de 16 semanas e depois foi reduzido para 12 semanas, os demais indicadores de qualidade avaliados foram de 100%, os resultados obtidos melhoraram a qualidade da atenção destes usuarios, a comunidade que pertence a área de abrangência da Unidade conseguiu perceber as mudanças na atenção e ficaram agradecidas por ter tido a oportunidade de aprender mais um pouco sobre os cuidados que tem direito a receber cuidados que devem ter com sua saúde, para os trabalhadores foi uma oportunidade de aprender e uma experiência inesquecível, sendo esta ação implementada na rotina da UBS.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia de mapa da área de abrangência da ESF Jesus Franco Pereira.	12
Figura 2	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Jesus Franco Pereira em Alegrete/RS. 2015,	112
Figura 3	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Jesus Franco Pereira em Alegrete/RS. 2015.	113
Figura 4	Gráfico de proporção de hipertensos faltoso a consultas com busca ativa na ESF Jesus Franco Pereira em Alegrete/RS. 2015.	118
Figura 5	Gráfico de proporção de diabéticos faltoso a consultas com busca ativa na ESF Jesus Franco Pereira em Alegrete/RS. 2015.	119

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário da Saúde
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
CAP	Caderno de Ação Programática
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DCT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESUS	Estratégia do Sistema Único de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	High DensityLipoproteins
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Usuários Hipertensos e Diabéticos
HGT	Hemoglicoteste
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIC III	Neoplasia Intra-Epitelia Cervical III
OMS	Organização Mundial da Saúde
LOA	Lesões em Órgãos Alvos
PAM	Posto Atendimento Médico
PMM	Programa Mais Médico
SAE	Sistema de Atenção Especializada
SAMU	Sistema de atenção médica de urgência
SAIS da Casa	Sistema de atenção integral à saúde da casa
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
UBS	Unidade Básica de Saúde

UFPeI
URCAMP

Universidade Federal de Pelotas
Universidade Regional das Campanhas

Sumário

Apresentação	9
1-Análise Situacional	10
1.1-Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.	10
1.2-Relatório da Análise Situacional	12
1.3-Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.	23
2-Análise Estratégica	24
2.1-Justificativa	24
2.2-Objetivos e metas	26
2.2.1-Objetivo geral.....	26
2.2.2-Objetivos específicos e metas	26
2.3 Metodologia	28
2.3.1 Detalhamento das ações	29
2.3.2 Indicadores.....	62
2.3.3 Logística.....	68
2.3.4Cronograma	71
3 Relatório da Intervenção	72
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.	72
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.	75
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.	75
3.4-Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.	76
4 Avaliação da intervenção	77
4.1 Resultados	77
4.2 Discussão	91
5-Relatório da intervenção para gestores.	94
6-Relatório da Intervenção para a comunidade.....	98
7- Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.	101
Referências	103
Anexos	104

Apresentação

Este exemplar contempla o Trabalho de Conclusão de Curso exigido como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família, o qual descreve o processo de estruturação e qualificação do cuidado ofertado aos Hipertensos e Diabéticos pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde de Jesus Franco Pereira Município Alegrete/RS. Teve início das atividades em 20 de julho de 2014 e término em 20 de setembro de 2015.

Ele está estruturado em sete capítulos, sendo eles, Análise Situacional, onde descreve a situação da Estratégia de Saúde da Família, funcionamento, profissionais que fazem parte da equipe, população adscrita. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção que contempla a justificativa, objetivos e metas, metodologia e o detalhamento das ações nos quatro eixos principais: (monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica), indicadores, logística e cronograma de intervenção. Relatório da Intervenção contempla as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente, as ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores, análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço. Avaliação da Intervenção contempla os resultados, a discussão; Relatório para o Gestor; Relatório para a Comunidade; e, por fim, Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizado contempla uma análise dos resultados para o crescimento profissional, proporção de satisfação, angústias e ansiedades avaliando o ensino aprendizagem.

1-Análise Situacional

1.1-Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.

Cheguei ao Brasil em março de 2014, e desde junho que estou trabalhando na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Jesus Franco Pereira, no bairro Vila Isabel, no Município Alegrete. A unidade foi inaugurada em outubro de 2012. Os bairros de abrangência da ESF são Vila Isabel, Macedo e parte de Santo Antônio. Eu sou a clínica geral da ESF, com jornada de trabalho das 8h às 12h e das 13h30m às 17h30m, de segunda-feira à sexta-feira, sendo que nas quintas e sextas-feiras trabalho apenas no período da manhã.

Nesta ESF atendem também dois ginecologistas-obstetras em dois turnos por semana, sendo que um deles é responsável pelo pré-natal; uma pediatra que atende das segundas as sextas férias, no horário da manha, ou seja, só um turno por dia; uma nutricionista com jornada de 18h semanais, dividida para o atendimento de gestantes, pesagem das crianças e mães para registro no programa Bolsa de Família e atendimentos individuais em geral. Também trabalha na unidade uma dentista com jornada de 32h semanais, e uma auxiliar de consultório dentário. A equipe também é composta por uma enfermeira que atua como gerente da unidade e coordena os quatro agentes comunitários de saúde (ACS), duas técnicas de

enfermagem, duas auxiliares de enfermagem, e desempenha várias funções como teste do pezinho, preventivos de colo de útero, testes rápidos de HIV, sífilis, hepatite B e C; havendo ainda uma auxiliar administrativa, duas funcionárias de higienização, e um estagiário do curso de graduação de Educação Física da URCAMP.

A estrutura física da unidade conta com sala de vacinas, sala de procedimentos básicos, sala de curativos, consultório da nutricionista, consultório da clínica geral, consultório odontológico, consultório ginecológico, recepção, sala de esterilização, sala de administração, copa, banheiros para usuários, sala para funcionários, sala de reuniões.

Na ESF são atendidos entre 800 e 1.000 usuários por mês em geral. Cada mês a coordenadora da UBS faz um relatório e entrega para digitação na base de dados nacional do SUS. A exemplo, no mês de junho/2014 foram avaliados individualmente 867 usuários. Foram realizadas 637 consultas médicas distribuídas entre as faixas etárias: 65 usuários menores de um ano; 51 usuários entre 1-4 anos; 30 usuários entre 5-9 anos; 16 usuários entre 10-14 anos; 18 usuários entre 15-19 anos; 77 usuários entre 20-39 anos; 50 usuários entre 40-49 anos, e 231 usuários com 60 ou mais anos, totalizando 637 consultas médicas. Foram realizadas ainda 230 são consultas de enfermagem, nutricionista e/ou outras.

O total de famílias cadastradas até agora é 633, mas as agentes ainda estão cadastrando mais famílias ou seja, o total é maior. Há duas micro-áreas descobertas porque as ACS responsáveis estão em licença médica.

A rotina da unidade funciona a partir de agendamentos dos quadros não agudos para atendimento da médica clínica geral. As consultas para os não idosos são agendadas diariamente às 11 horas, para atendimento no dia seguinte, e para os idosos as consultas são agendadas às sextas-feiras para atendimento durante toda a semana seguinte. Os quadros agudos são atendidos no momento e são encaminhados ao pronto socorro se necessário. Os exames preventivos do câncer do colo uterino são agendados nos dias 25 de cada mês para todo o mês seguinte. As puericulturas são realizadas pelos pediatras e estes de acordo com a última avaliação, já definem quando será a próxima consulta, e as consultas de pediatria são agendadas as 7h30m para o mesmo dia, havendo quatro fichas por dia. O agendamento para a nutricionista é a qualquer hora. Às quintas-feiras das 8h às 10h acontecem reuniões de equipe e às sextas-feiras visita domiciliar.

estado, estando a uma altitude média de 102 metros do nível do mar. Foi fundada em 1817 e municipalizada em 22 de janeiro de 1857. Sua população estimada para o ano 2014 é de 77.653 habitantes, sendo 39.602 mulheres e 38.051 homens, na zona urbana há 69.594 habitantes e na zona rural 8.059 habitantes.

A rede de assistência à saúde no município conta com três unidades básicas de saúde (UBS), uma delas tradicional, 15 Estratégias de Saúde da Família (ESF), sendo 13 urbanas e duas rurais, chegando a uma cobertura de ESF de mais de 70% da população. Existe a disponibilidade do Núcleo de Apoio da Família II, composto por dois fisioterapeutas, uma psicóloga e uma assistente social. Além disso, existe um complexo de saúde, formado por Sistema de Atenção Especializada (SAE) - DST/AIDS, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Serviço Especializado e Básico de Saúde, Posto de Atendimento Médico (PAM), onde funcionam os serviços de vigilância em saúde, tratamento fora do domicílio, coordenação de higienização, serviço de atenção integral à mãe e ao bebê, atendimento à gestante de risco, triagens neonatal, entre outros. A atenção secundária conta com serviços de fisioterapia, fonoaudiologia, Centro de Especialidades Médicas, Sistema Municipal de Atenção Integral à Saúde Mental, Serviços de Atenção Especializada, Hemocentro Regional, Centro Regional de Saúde do Trabalhador, Pronto Socorro Municipal, Unidade de Pronto Atendimento, Projeto Regional de Espirometria. Na atenção terciária existe o Hospital Irmandade da Santa Casa de Caridade, referência Regional.

As redes de apoio são compostas por farmácia municipal, farmácias populares, laboratório municipal, clínicas de exames de rádio imagem. Quando é preciso encaminhar um usuário a outro nível de atenção, são utilizados os protocolos e também respeitamos os fluxos de referência e contra referência. Existe dificuldade na marcação de exames, havendo demora na coleta e na entrega dos resultados, até quando são indicados de urgência. Esta dificuldade já foi falada com a coordenadora sendo proposto que sejam separadas cotas para alguns exames de urgência ou que exista outra providência que garanta os exames urgentes com a rapidez necessária. A dificuldade com os exames, também acontece com os encaminhamentos aos especialistas. Apenas os encaminhados para pediatra, ginecologista, nutricionista e psiquiatra, são garantidos os atendimentos em tempo oportuno, os demais especialistas demoram até um ano para serem agendados.

A UBS onde trabalho é urbana. É uma ESF vinculada com o sistema único de saúde através da prefeitura municipal, e funciona em dois turnos de atendimento de segunda à sexta-feira, e possui vínculo com instituições de ensino, recebendo acadêmicos de Educação Física da Universidade Regional das Campanhas (URCAMP).

O prédio onde funciona a UBS tem uma estrutura adequada para o acesso de idosos e pessoas com deficiência ou limitações físicas, sendo atendida a maior parte dos critérios de acessibilidade, não havendo apenas sinalizações que facilitem o acesso de deficientes visuais, sendo uma questão a ser discutida com a gestão. Infelizmente as calçadas perto da UBS não garantem o deslocamento seguro de idosos, cadeirantes e deficientes visuais. O consultório ginecológico tem banheiro individual e tem as dimensões necessárias, assim como os outros consultórios, só o consultório odontológico não tem as dimensões estabelecidas, mas isto não influi negativamente no trabalho do dentista, também há escovário. Também não há sala de coleta de exames, mas este serviço não é realizado na unidade, e não há sala de utilidades. A sala de esterilização não tem as dimensões estabelecidas, mas são cumpridas as normas e o fluxograma de esterilização podendo considerar que neste caso, o tamanho da sala não determina a qualidade do trabalho.

Analisando as deficiências, observa-se que as paredes não são laváveis, a sala de reuniões não tem vídeos, televisão, computador, retroprojetor. Há apenas um computador na sala de gerência e administração que fica junto com a sala onde são arquivados os prontuários. A sala de procedimentos funciona também como sala de curativos, mas as atividades são bem programadas em diferentes horários para não atrapalhar o trabalho, embora ainda assim tenha prejuízos do ponto de vista sanitário, que podem ser minimizados com o estabelecimento da rotina de desinfecção concorrente da sala após cada procedimento. As deficiências na construção existem já que não foram respeitadas as dimensões estabelecidas das diferentes salas, mas ainda assim não há dificuldades no trabalho.

Quanto aos equipamentos e instrumentais necessários ao trabalho, há algumas necessidades. As balanças para adultos e crianças estão em número insuficiente. Também não há disponibilidade de material para sutura. No consultório odontológico não é feita a instalação e manutenção de próteses e também não tem alguns materiais para atividades educativas como livros e manequins. A ESF tem um computador, mas sem conexão com internet, o que já está sendo providenciado

pela secretaria de saúde. Quanto ao abastecimento de materiais e insumos para a realização de atividades, não há medicamentos na UBS. Agora está sendo feito o pedido de medicamentos sendo importante e ter medicamentos de urgência e emergência, pois quando necessário, os usuarios são encaminhados ao pronto atendimento, porém é fundamental que se instale o suporte necessário até chegada da ambulância. Quanto às vacinas a maioria são realizadas na UBS, havendo algumas indisponíveis eventualmente. O gerenciamento dos insumos é feito pela gerente do serviço. Faz parte da rotina uma reunião da equipe semanalmente e em que participam todos os profissionais, exceto a pediatra e o ginecologista-obstetra.

Quanto ao processo de trabalho, é uma dificuldade o fato da população adscrita ainda não estar completamente cadastrada por falta de agentes comunitárias de saúde (ACS). Para o trabalho são necessários pelo menos seis ACS e apenas cinco estão ativas, sendo que uma está de licença médica, embora já exista possibilidade de retorno ao trabalho. A Secretaria de Saúde tem ciência desta dificuldade. Não há profissionais dedicados ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações de saúde. Outra dificuldade é a falta de medicamentos nas farmácias do SUS. Também faltam coberturas para os curativos. Todas estas questões já foram discutidas e os materiais necessários, solicitados.

Para consolidar o trabalho do SUS é importante engajar a nós mesmos, aos outros profissionais, à população, ao poder público e aos gestores e que deste jeito a população possa ter participação nas escolhas e decisões, controle do planejamento, execução e responsabilidade pela própria saúde individual e pela coletiva. O instrumento fundamental é a educação em saúde dos profissionais de saúde, da população e da comunidade, sendo preciso fazer a análise da situação do engajamento público na UBS para avaliar a relação da equipe com a população, o envolvimento da população com os serviços e deste jeito melhorar as ações de engajamento público. Na área de abrangência da ESF Jesus Franco Pereira não existe conselho local de saúde, sendo uma importante deficiência. Embora exista o conselho municipal, é o conselho local que está mais próximo da comunidade e sua formação pode facilitar o trabalho da equipe de saúde. Na área há algumas instituições sociais como escolas e igrejas.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) realiza atividades físicas como caminhadas e atividades esportivas. Também são realizadas algumas atividades

com grupos. É importante ampliar a realização destes grupos, contando com a participação de toda a equipe para aumentar a interação dos profissionais com a comunidade. Esta questão está sendo discutida com a equipe e foram avaliadas várias estratégias para melhorar o trabalho em educação em saúde. Os profissionais da UBS promovem a participação da comunidade no controle social e identificam parceiros na comunidade para potencializar as ações intersetoriais com a equipe.

A comunidade tem acesso a todas as informações sobre o funcionamento do serviço, como horários de funcionamento, área de abrangência, respeitando os princípios fundamentais de universalidade, integralidade e equidade, e buscando conduzir com responsabilidade o usuário não cadastrado à sua unidade de referência. Isto por vezes causa descontentamento, mas é importante organizar o serviço para garantir um atendimento de qualidade. Os usuários também têm acesso ao prontuário ou a um relatório médico, quando necessário, assim como ao atestado médico.

Os profissionais não têm acesso aos protocolos e livros didáticos para área clínica. Os protocolos já foram solicitados anteriormente à Secretaria de Saúde, e ainda não foram enviados. Participam de capacitações frequentemente, sobretudo as enfermeiras e as agentes comunitárias, sem periodicidade definida. Os temas tratados são os de mais interesse para melhorar o trabalho. Os profissionais participam tanto de capacitação para gestão em saúde quanto para atenção em saúde, voltado para público multiprofissional, sendo foco da maioria das atividades a atualização técnica, a transformação das práticas e a maioria são para o fortalecimento do controle social.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Jesus Franco Pereira tem sob sua responsabilidade uma população de 4.000 habitantes, com seis bairros compondo a área de abrangência. Desta população só foram cadastradas 633 famílias e um total de 2532 pessoas, totalizando 63,3% da população. A distribuição da população por sexo e faixa etária cadastrada até agora é a estimada com base na distribuição brasileira. Há 763 mulheres em idade fértil para 30.1% da população cadastrada; estão cadastradas 29 gestantes, para 1.1% da população, sendo este percentual baixo quanto ao estimado pelo Caderno de Ações Programáticas; foram cadastrados 46 menores de um ano para um 1.8% da população, sendo este percentual um pouco elevado quanto ao estimado, mas ainda não foram cadastradas 100% das famílias. Continua sendo feito o cadastro pelas ACS, mas os demais profissionais da

UBS não participaram do processo de mapeamento e territorialização que é verdadeiramente muito importante para o trabalho já que na realização deste processo podem ser identificados indivíduos e famílias de risco na comunidade e pessoas com doenças tanto transmissíveis quanto não transmissíveis. Na unidade temos apenas uma equipe de trabalho que é o adequado para a população que temos na área de abrangência.

A UBS realiza procedimentos básicos, vacinação, atendimentos individuais tanto por consulta agendada quanto por atendimento de emergência. É realizada coleta de amostra para exame preventivo de câncer de colo de útero, mas, não para os demais exames de sangue. Os profissionais realizam busca ativa de doenças de notificação compulsória e notificam as doenças notificáveis. Os usuários portadores de transtorno mental são diagnosticados e encaminhados para a atenção secundária, assim como etilistas e tabagistas, quando concordam. No domicílio são feitos muitos procedimentos à exceção de consulta odontológica, entrega de medicamentos, vacinação, nebulização e coleta de amostra para exames. Os cuidados de saúde até agora são feitos na Unidade Básica de Saúde (UBS) e no domicílio e não tem sido necessário realizá-las em outro espaço.

Quanto ao acolhimento da demanda espontânea, não há uma equipe e lugar específico para fazer o acolhimento, sendo realizado em qualquer espaço possível. Mas apesar disso, os trabalhadores fazem um bom acolhimento, com escuta atenta dos problemas relatados. Não existe excesso de demanda espontânea para as consultas com o médico, enfermeiro ou dentista e os usuários podem procurar atendimento durante todo o dia.

Na Atenção Primária à Saúde é muito importante fazer uma boa atenção à saúde da criança para diminuir a morbimortalidade deste público. Com informações disponíveis na UBS foi possível preencher fazer um levantamento detalhado deste serviço. Por enquanto temos bom percentual de lactentes fazendo puericultura no posto, onde também são feitas puericulturas a lactante de outra UBS que não tenha pediatra. Pelos resultados dos indicadores de qualidade apontados pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP), a serviço de atenção às crianças é muito bom. Estão registradas na unidade 43 crianças menores de um ano, indicando cobertura de 90%. As consultas de puericultura estão em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde em 100% das crianças. Na consulta de puericultura se faz uma avaliação completa do lactante com fatores de riscos e orientação para as mães

sobre a prevenção e promoção de saúde nas crianças, como evitar acidentes na vivenda, manter a vacinação em dia, manter aleitamento materno exclusivo até os seis meses e alimentação complementar saudável após os seis meses e outros temas de importância para a família.

O serviço apresenta indicadores de qualidade em 100% para as ações: teste do pezinho até sete dias; primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida; triagem auditiva; monitoramento do crescimento na última consulta; vacinas em dia, avaliação de saúde bucal; orientação para aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes. É utilizado protocolo de atendimento de puericultura elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde neste ano, sendo também utilizados diferentes protocolos para o encaminhamento a serviços especializados, para internação hospitalar, para os serviços de pronto atendimento. A consulta de puericultura é realizada pela pediatra, e também participa a nutricionista. Na UBS também existem programas do Ministério de Saúde como o programa Bolsa de Família e outros. A enfermeira da UBS é que faz o maior trabalho com o programa de atenção as crianças quanto a planejamento e avaliação.

Quanto ao pré-natal, este é realizado pelo ginecologista-obstetra e a enfermeira em um dia e um turno da semana, atendendo às necessidades do serviço. A enfermeira coordenadora da UBS é quem faz a maior do trabalho com o programa de pré-natal, ela participa do pré-natal realizando a primeira consulta, também participa a nutricionista. Quando é necessário, a médica clínica geral, presta atendimento às gestantes com problemas agudos de saúde, não havendo excesso de demanda para este tipo de consulta. Anualmente a secretaria de saúde do município elabora/revisa um protocolo para o atendimento das gestantes que também norteia o encaminhamento das gestantes para outros pontos de atenção. Na UBS é realizado um grupo de gestantes mensal com participação de vários profissionais, sendo as participantes orientadas quanto aleitamento materno, saúde bucal, alimentação adequada, cuidados do recém-nascido, consulta depois do parto e outros temas de importância para elas. O percentual de gestantes atendidas na UBS é baixo. Apenas 29 gestantes estão cadastradas, indicando uma cobertura de 48%, lembrando que ainda não foi cadastrada a toda a população da área de abrangência da UBS. Além disso, há gestantes que são atendidas em consultórios privados. As gestantes atendidas na Unidade são bem orientadas nas consultas de pré-natal, os dados são preenchidos tanto nos prontuários, quanto na caderneta da

gestante e todas as gestantes acompanhadas fizeram a primeira consulta no primeiro trimestre, ou seja, os resultados dos indicadores de qualidade avaliados são amostra da boa atenção brindada na UBS. Estes indicadores apontam que 100% das gestantes estão com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, receberam a solicitação na primeira consulta dos exames laboratoriais preconizados, receberam orientação para aleitamento exclusivo, foram submetidas a avaliação de saúde bucal, tiveram a prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo Saúde de Ferro, foram submetidas a exame ginecológico por trimestre, foram imunizadas contra tétano e hepatite B conforme o protocolo, e 93% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre.

Quanto ao componente do puerpério, há dificuldade no cadastramento e conseqüentemente no acompanhamento das puérperas e também há algumas que foram atendidas em consultórios privados. Mas os resultados dos indicadores de qualidade mostram a boa atenção brindada na UBS. Há registro de 41 puérperas examinadas na área do serviço nos últimos 12 meses, indicando uma cobertura de 85%. Das puérperas avaliadas, 100% consultaram antes dos 42 dias de pós-parto; tiveram a consulta devidamente registrada; receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo e sobre planejamento familiar; tiveram as mamas e o abdome examinado; realizaram exame ginecológico; tiveram seu estado psíquico avaliado; e foram avaliadas quanto á intercorrências. No serviço é estabelecido o diagnóstico de problemas de saúde mental nas puérperas, mas estas são encaminhadas para melhor avaliação e tratamento, realizando o devido acompanhamento.

Quanto ao controle de câncer de colo de útero e de mama, o serviço realiza agendamento dos preventivos uma vez por mês. No momento da coleta, as mulheres são orientadas sobre a necessidade de procurar o resultado e dependendo deste, a mulher é encaminhada para o tratamento, e se o resultado for negativo, estas são orientadas a voltar no próximo ano para novo exame. Não há um arquivo específico para o controle das mulheres da área de abrangência, há apenas um livro de registro por ano das mulheres com exames realizados e os respectivos resultados. Até então, apenas foi detectado um resultado alterado-NICIII, e a usuária foi encaminhada para melhor avaliação e tratamento. Ao receber um resultado de um preventivo com alteração, imediatamente é feito contato com a usuária, e esta é encaminhada para o serviço de referência. Também é realizado o seguimento das

mulheres com exames alterados, mas sabe-se que é preciso melhorar o controle destas mulheres. Por mês é realizada uma atividade com grupo de mulheres. Além disso, os profissionais da UBS aproveitam os contatos que têm com as mulheres para verificar se estão com o exame citopatológico e mamografia em dia e para brindar orientação sobre fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama sendo realizada a coleta de forma oportunística também. Há registro de 815 mulheres entre 25 e 64 anos na área, indicando uma cobertura de 74%. Destas, 40% estão com exame citopatológico em dia e 38% com amostras coletadas satisfatórias, apenas um exame citopatológico deu alterado. Na UBS não há um arquivo específico para o controle destas mulheres e os prontuários não contêm todos os dados. Quanto à avaliação de risco, embora não tenha registro correto desta ação, todas as mulheres que consultam na UBS sejam de 25 a 64 anos ou outra idade, são orientadas quanto à prevenção de câncer de colo de útero, e no mesmo acontece com a orientação sobre doenças sexuais transmissíveis, sobre os fatores de risco, a prevenção, a importância de fazer o exame citopatológico de colo de útero em tempo.

Na UBS é oferecido preservativo a todos os usuários. Tratando do rastreamento do câncer de mama, há 327 mulheres entre 50 e 69 anos cadastradas, indicando uma cobertura de 79%; destas 57% estão com mamografia em dia. Não foi possível conhecer as mulheres que estão com mamografia atrasada em mais de três meses. Quanto à avaliação de risco e a orientação sobre prevenção do câncer de mama, embora também não esteja disponível a informação quantitativa desta ação, isso é feito a todas as mulheres que consultam na UBS quanto têm de 50 a 69 anos ou outra idade. O autoexame de mama é orientado a todas as mulheres. Não há um arquivo específico para controle das mulheres alvo do rastreamento dos cânceres de colo uterino e de mama, sendo um instrumento importante para conhecer quais têm os exames preventivos em atraso e a data que corresponde fazer o próximo. Também é preciso orientar as agentes comunitárias no seu trabalho e deste jeito aumentar a cobertura dos programas, e fazer melhor seguimento das usuários que tem alteração nos resultados dos exames. Não há protocolos acessíveis aos profissionais quanto a estas patologias, nem nenhuma pessoa que se dedique ao planejamento, gestão coordenação e avaliação dos programas, sendo importante fazer a solicitação dos protocolos à Secretaria de Saúde e identificar uma pessoa da UBS que se dedique ao seguimento dos programas.

Quanto a hipertensão e o diabetes, na UBS não há os protocolos de atendimentos destas patologias e, além disso, não há profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão, coordenação e avaliação das ações desempenhadas com adultos que apresentam estas doenças, e no ano até agora não foram feitas atividades com grupos de hipertensos e diabéticos. Na UBS há 633 hipertensos cadastrados, representando uma cobertura de 71%. Destes usuarios 67% têm a consulta atrasada, e 33% têm a consulta em dia. Todos que estão com a consulta em dia, estão os demais indicadores de qualidade realizados, havendo, portanto 100% destes com estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, orientação sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável e avaliação da saúde bucal. Em relação ao diabetes mellitus (DM) na unidade há 135 diabéticos cadastrados, indicando cobertura de 66%. Destes usuarios cadastrados, 66% têm a consulta atrasada, e 34% têm a consulta em dia. Todos que têm a consulta em dia também apresentam os demais indicadores de qualidade em dia, havendo, portanto 100% destes com estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, com exame físico dos pés nos últimos três meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses, com medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses, com orientação sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável e avaliação da saúde bucal.

Conclui-se, portanto, que há um percentual alto de usuarios hipertensos e diabéticos com atraso nas consultas, mas a avaliação da qualidade das consultas dos usuarios que estão em dia é boa. O serviço não possui protocolos de atendimento de diabéticos e hipertensos, os protocolos já foram solicitados na secretaria e ao gerente. Durante o ano, até agora não foram feitas atividades com grupos de hipertensos e diabéticos, sendo importante avaliar a possibilidade de fazer alguma atividade antes do término do ano. Não há um registro específico para ter melhor controle destes usuarios, sendo necessário ter o controle das consultas e ações feitas.

Quanto à análise da saúde dos idosos, na UBS não há os protocolos de atendimentos dos idosos nem o Estatuto do Idoso. Além disso, há profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão, coordenação e avaliação das ações desempenhadas com idosos, e no ano até agora não foram feitas atividades com grupos de idosos. Os atendimentos a este público é realizado todos os dias da

semana e nos dois turnos. Às sextas-feiras de manhã é realizada visita domiciliar aos idosos acamados. Há 356 idosos que residem na área e estão sendo acompanhados na UBS, representando uma cobertura de 65%. Nenhum destes usuarios tem caderneta do idoso. Destes usuarios, 74% têm a consulta em dia e 26% têm a consulta atrasada. Do total de idosos acompanhados, 33% têm hipertensão e 15% têm diabetes. Todos os 263 que têm a consulta em dia, têm os demais indicadores de qualidade realizados, havendo, portanto 74% dos idosos acompanhados com avaliação de risco para morbimortalidade em dia, avaliação multidimensional rápida em dia, investigação de indicadores de fragilização na velhice em dia e orientação sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável e avaliação da saúde bucal. Conclui-se, portanto, que há um percentual alto de usuarios com consultas em dia, e a avaliação da qualidade das consultas dos usuarios que estão em dia é boa. Recentemente a equipe recebeu o Estatuto do Idoso e o Protocolo do Ministério da Saúde de atendimento ao idoso, após ter sido solicitado em razão do estudo deste público. Durante o ano, até agora não foram feitas atividades com grupos de idosos, sendo importante avaliar a possibilidade de fazer alguma atividade com o grupo antes do fim do ano. Na unidade não temos um registro específico para ter melhor controle destes usuarios sendo importante este registro para ter maior controle das consultas e ações realizadas. Na UBS não temos caderneta de idoso pelo que seria necessário fazer à solicitação a secretaria de saúde.

Quanto a saúde bucal na unidade não temos um livro de registros de atendimentos, nem um registro de saúde bucal, e os dados obtidos dos prontuários não foram suficientes. Quanto aos atendimentos por mês também não temos os dados já que na unidade começamos a trabalhar com as fichas de ESUS faz só uma semana, sendo difícil obter os dados assim por faixas etárias, só com as fichas de atendimento odontológico.

Na UBS temos uma dentista e uma auxiliar de dentista, a dentista trabalha de segunda a quarta feira das oito às doze horas, ou seja, só um turno por dia. Nestes dias ela atende a população quanto por consulta agendada ou emergência. São agendadas oito consultas por turno e em media e atendida uma emergência por dia, mas isso não e todos os dias, e as quintas feiras ela atende as crianças dos polos na unidade eles são trazidos e é feita a avaliação bucal, no mesmo horário. Às sextas feiras a dentista trabalha em outra ESF.

Todos os usuarios com hipertensão ou diabetes e idosos são encaminhados para avaliação bucal e também as gestantes na primeira consulta são encaminhadas para avaliação e certamente todos tem facilidade para marcação de consulta no caso que seja feita avaliação pelo medico e tenha alguma lesão na boca que precise avaliação no momento o usuário e encaminhado e atendido no momento e no caso das gestantes sim vem a consulta de manha elas são encaminhadas e avaliadas no dia, mas si vem de tarde se agenda consulta para outro dia porque na tarde não temos atendimento odontológico na tarde, além disso dos oito atendimento que são feitos no dia temos três que são para dar preferência a idosos hipertensos e diabéticos. Todos os usuarios que vem a consulta recebem orientação sobre alimentação saudável, higiene bucal e escovação o jeito adequado de fazê-la e a periodicidade no dia, e é aplicado flúor aos usuarios que vem a consulta, mas não são feitas atividades educativas com grupos de usuarios na unidade.

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

No início do curso, à terceira semana da Unidade 0 – Ambientação foi realizado um texto a partir da questão precursora: “Qual a situação da APS/ESF no seu serviço?”. Nessa tarefa foi informado o horário de funcionamento da UBS, os profissionais da equipe, as atividades desempenhadas nos diferentes dias de trabalho, e a estrutura física da unidade de saúde.

Mas após realizar as tarefas da Unidade de Estudo 1 – Análise Situacional pode-se dizer que certamente não houve pontos discordantes com o relatado anteriormente, mas a equipe pôde ampliar e melhorar o conhecimento a respeito do trabalho realizado pela equipe na unidade, conhecer a legislação com relação a estrutura física dos serviços, com relação a equipe, população e insumos, analisar com a equipe as áreas programáticas podendo avaliar indicadores de cobertura e qualidade obtidos pelo Cadernos de ações programáticas referentes ao trabalho realizado.

2-Análise Estratégica

2.1-Justificativa

A hipertensão e diabetes são duas doenças não transmissíveis motivo de consulta muito frequente na unidade de saúde. De modo geral, alguns poucos fatores de risco são os responsáveis pela maior parte da morbidade e mortalidade decorrente de doenças não-transmissíveis, entre eles: elevação nos níveis de colesterol, sobrepeso e obesidade, tabagismo e sedentarismo (BRASIL, 2002). Mais recentemente, vem sendo enfatizado o risco decorrente da dieta inadequada (baixo consumo de frutas e vegetais, alto consumo de gorduras saturadas) e da atividade física praticada de forma insuficiente para alcançar benefício cardiovascular (BRASIL, 2006). Daí a importância da APS no controle dos usuários com estas doenças para que tenham as consultas, exame clínico e exames laboratoriais em dia, promoção de saúde, orientações sobre o manejo adequado da sua doença. A OMS aponta que a ausência de programas abrangentes de prevenção de doenças e agravos não transmissíveis (DANT) dirigidos à população adulta caracteriza a dificuldade para se implementar a detecção e o controle dessas doenças. Os custos financeiros, diretos e indiretos, decorrentes desse grupo de doenças incluem desde a perda da capacidade produtiva dos trabalhadores, o absenteísmo, os tratamentos clínico e cirúrgico, a reabilitação, até aposentadoria precoce. Dessa forma, as DANT constituem um enorme desafio para as políticas de saúde dos países em desenvolvimento, agravado pelas desigualdades sociais e econômicas e pela má distribuição de renda.

A ação programática escolhida como foco do projeto de intervenção para ser trabalhado na área foi hipertensão e diabetes, pelo elevado número de usuários com estas doenças e pelo pouco controle que temos e conhecimento próprio de sua

doença. Temos muitos usuarios que vêm à consulta e tomam medicamentos para pressão alta e para diabetes e não sabem que têm estas doenças, e não fazem um controle adequado da dieta, do exercício físico, e de outros fatores importantes como o peso corporal, o tabagismo, o consumo de álcool, o controle do colesterol, para adequado controle da sua doença. A unidade onde trabalho tem boa estrutura e em geral a unidade tem as condições necessárias para atendimento adequado da população. Sou a clínica geral, e a equipe conta ainda com enfermeira, duas técnicas e duas auxiliares de enfermagem, duas auxiliares de higienização, cinco agentes comunitárias de saúde (ACS), uma dentista e uma auxiliar de saúde bucal. Há ainda prestação de serviço pela pediatra e ginecologista/obstetra duas vezes por semana. Temos uma população de 4.000 habitantes na área de abrangência, e a equipe está trabalhando no cadastramento de toda a população agora que estão atuando o número total de ACS necessários à cobertura de todas as micro áreas.

A população alvo da intervenção são as pessoas que têm hipertensão e diabetes que pertencem à área de abrangência da unidade, os diabéticos e hipertensos que comparecem a consulta na UBS seja por consulta agendada ou por problema agudo e não pertencem na área de abrangência são referenciados ao serviço onde pertencem e não serão considerados como alvo da intervenção. Em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o Caderno de Ações Programáticas (CAP) tem uma estimativa de 894 usuarios com hipertensão e na Unidade temos 633 cadastrados, representando uma cobertura de 71%. Em relação ao diabetes mellitus (DM), o CAP tem uma estimativa de 255 usuarios com diabetes residindo na área de abrangência e na UBS temos 135 cadastrados, indicando cobertura de 66%. Conclui-se portanto, que temos um percentual alto de usuarios hipertensos e diabéticos não acompanhados pelo serviço ou com atraso nas consultas, mas a avaliação da qualidade das consultas dos usuarios que estão em dia é boa. No momento, o trabalho da equipe para este público está voltado para a orientação das pessoas quanto a dieta adequada, realização de exercício físico, risco que tem para a saúde o tabagismo e o alcoolismo, a importância de manter uma boa saúde bucal com a realização da escovação diária e avaliação bucal, tudo isso está sendo feito por todos os trabalhadores da equipe do posto.

A equipe de trabalhadores já tem conhecimento do projeto de intervenção e da necessidade de aumentar a cobertura de atenção aos usuarios com estas doenças e todos estão envolvidos neste trabalho aumentando por enquanto o

número dos usuários que tem atraso nas consultas e a cobertura, uma das dificuldades que temos é que o cadastro ainda não foi concluído, certamente com o projeto de intervenção a saúde da população vai melhorar já que temos muitos usuários que tomam medicamentos e nem sabem que tem uma doença e por enquanto não se cuidam adequadamente e estão aqueles que não assistem a consulta só tomam remédios e eles acham que isso é suficiente, e muito importante trabalhar com eles na educação da saúde também já que não adianta nada tomar medicamentos sim não cuidamos de outros fatores.

2.2-Objetivos e metas

2.2.1-Objetivo geral

Melhorar da Atenção à Pessoa com hipertensão e ou Diabetes na UBS Jesus Franco Pereira no município de Alegrete/RS.

2.2.2-Objetivos específicos e metas

Objetivo específico 1: Ampliar a cobertura às pessoas com hipertensão e diabetes na UBS Jesus Franco Pereira.

Meta 1.1 Cadastrar 90% 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 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo específico 2: Melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e diabetes na UBS Jesus Franco Pereira.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo específico 3: Melhorar a adesão das pessoas com hipertensão e diabetes ao programa na UBS Jesus Franco Pereira.

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

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

Objetivo específico 4: Melhorar o registro das informações na UBS Jesus Franco Pereira.

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

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

Objetivo específico 5: Mapear os hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular na UBS Jesus Franco Pereira.

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

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

Objetivo específico 6: Promover saúde a 100% dos usuarios hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS Jesus Franco Pereira .

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Jesus Franco Pereira, no Município de Alegrete/RS. Participarão da intervenção além dos trabalhadores da UBS, um total de 573 usuários maiores de 20 anos que têm hipertensão e ou

diabetes que pertencem à área de abrangência da UBS, os diabéticos e hipertensos que comparecem a consulta na UBS seja por consulta agendada ou por problema agudo e não pertencem na área de abrangência são referenciados ao serviço onde pertencem e não serão considerados como alvo da intervenção.

2.3.1 Detalhamento das ações

Referentes ao objetivo específico 1: Ampliar a cobertura a usuarios com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: o monitoramento vai ser feito pela clínica geral da UBS uma vez por semana, nas quintas ferias pela tarde, serão utilizados os dados obtidos dos cadastros feitos pelas agentes comunitárias na semana.

Eixo Organização e gestão do serviço:

- Garantir a continuidade do registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento: o registro será feito pelas técnicas e auxiliares de enfermagem da UBS no horário de trabalho todos os dias nos turno de manhã e de tarde, e pela enfermagem e a medica nas consultas.

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

Detalhamento: o acolhimento dos usuarios com hipertensão e diabetes será feito pelas técnicas e auxiliares de enfermagem da UBS todos os dias nos dois turnos e serão encaminhados a enfermagem ou a clínica caso que seja necessário.

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

Detalhamento: o material serão revezado uma vez por semana nas sextas feria pelas técnicas e auxiliares de enfermagem e no caso que seja preciso fazer requisição vai ser a enfermagem da UBS a responsável, além disso, temos técnicos que vem uma vez por mês ao UBS e fazem a manutenção do material(esfigmomanômetro).

Eixo Engajamento público:

- Informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus na unidade de saúde.

Detalhamento: a informação a comunidade vai ser feita pelos trabalhadores da unidade de saúde no horário de trabalho e pelas agentes comunitárias, e na primeira semana da intervenção serão feito um contato com lideranças comunitárias e familiares da população e depois serão feitos outros contatos a cada quatro meses durante a intervenção, para solicitar apoio na captação de diabéticos e hipertensos e fornecer informações sobre importância de realizar consulta seguindo o preconizado.

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

Detalhamento: a informação vai ser feita por todos os trabalhadores da UBS nos dois turnos todos os dias e pelas agentes e com o apoio das lideranças comunitárias e dos familiares.

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

Detalhamento: as orientações serão feitas pelos trabalhadores da UBS todos os dias em dois turnos e pela enfermagem e a clínica do posto nas consultas.

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

Detalhamento: as orientações pelos trabalhadores da UBS nos dois turnos, mas especificamente pelas auxiliares e técnicas de enfermagem que são as que fazem medição da pressão e triagem, todos os dias em dois turnos.

Eixo Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: a capacitação serão feitos pela medica clínica geral da UBS na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro semanas durante a intervenção no horário da reunião da equipe na sala de reuniões.

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

Detalhamento: a capacitação será feita pela clínica geral da UBS no horário da reunião da equipe na sala de reuniões na primeira semana de intervenção e depois a cada quatro semanas.

Meta 1.2: Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: o monitoramento vai ser feito pela clínica geral da UBS uma vez por semana, nas quintas feiras pela tarde, serão utilizados os dados obtidos dos cadastros feitos pelas agentes comunitárias na semana.

Eixo Organização e gestão do serviço

- Garantir a continuidade do registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: o registro será feito pelas técnicas e auxiliares de enfermagem da UBS no horário de trabalho todos os dias nos turnos de manhã e de tarde, e pela enfermagem e a medica nas consultas.

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

Detalhamento: o acolhimento dos usuarios com hipertensão e diabetes será feito pelas técnicas e auxiliares de enfermagem da UBS todos os dias nos dois turnos e serão encaminhados a enfermagem ou a clínica caso que seja necessário.

-Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: o material serão revezado uma vez por semana nas sextas feria pelas técnicas e auxiliares de enfermagem e no caso que seja preciso fazer requisição vai ser a enfermagem da UBS a responsável, além disso, temos técnicos que vem uma vez por mês e fazem manutenção do material.

Eixo Engajamento público:

- Informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus na unidade de saúde.

Detalhamento: a informação a comunidade vai ser feita pelos trabalhadores da UBS no horário de trabalho e pelas agentes comunitárias, e na primeira semana da intervenção serão feito um contato com lideranças comunitárias e familiares da população e depois serão feitos outros contatos a cada quatro meses durante a intervenção, para solicitar apoio na captação de diabéticos e hipertensos e fornecer informações sobre importância de realizar consulta seguindo o preconizado.

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

Detalhamento: as orientações pelos trabalhadores da UBS nos dois turnos mas especificamente pelas auxiliares e técnicas de enfermagem que são as que fazem medição da pressão e triagem, todos os dias em dois turnos.

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

Detalhamento: as orientações serão feitas pelos trabalhadores da UBS todos os dias em dois turnos e pela enfermagem e a clínica do posto nas consultas.

Eixo Qualificação da pratica clínica:

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

Detalhamento: a capacitação será feita pela medica clínica geral da UBS na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro semanas durante a intervenção no horário da reunião da equipe na sala de reuniões.

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

Detalhamento: a capacitação será feita pela clínica geral da UBS no horário da reunião da equipe na sala de reuniões na primeira semana de intervenção e depois a cada quatro semanas.

Referentes ao objetivo específico 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

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

Ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: o monitoramento será feito pela clínica geral da UBS uma vez por semana nas quintas férias na tarde.

Eixo Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: devendo ser apontadas a enfermagem e a clínica geral da equipe para realizar o exame clínico.

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

Detalhamento: a capacitação da equipe será feita pela clínica geral da UBS no horário da reunião da equipe nas quintas ferias a primeira serão na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro meses durante a intervenção.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: a capacitação deverá acontecer aproveitando os momentos das reuniões da equipe com as dúvidas que tenham surgido na semana de trabalho anterior e com novas informações tiverem que ser trabalhadas.

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

Detalhamento: na UBS temos os protocolos que serão utilizados na intervenção impressos, além disso, temos os materiais necessários caso seja necessário fazer outra impressão.

Eixo Engajamento público:

- Orientar os usuarios 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: as orientações serão feitas por todos os trabalhadores da UBS no horário de trabalho todos os dias da semana, e mais especificamente para os usuarios com hipertensão e diabetes no momento da consulta.

Eixo Qualificação da pratica clínica:

- Capacitar a enfermagem da equipe para a realização de exame clínico apropriado nos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: a capacitação será feita pela medica da UBS no horário da reunião da equipe nas quintas ferias, na sala de reuniões e depois a cada quatro semanas durante a intervenção.

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

Ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: o monitoramento será feito pela clínica geral da UBS uma vez por semana nas quintas férias na tarde.

Eixo Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: devendo ser apontadas a enfermagem e a clínica geral da equipe para realizar o exame clínico.

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

Detalhamento: a capacitação da equipe será feita pela clínica geral da UBS no horário da reunião da equipe nas quintas feiras a primeira serão na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro meses durante a intervenção.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: esta deverá acontecer aproveitando os momentos das reuniões da equipe com as dúvidas que tenham surgido na semana de trabalho anterior e com novas informações que sejam fornecidas.

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

Detalhamento: na UBS temos os protocolos que serão utilizados na intervenção impressos, além disso, temos os materiais necessários caso seja necessário fazer outra impressão.

Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: as orientações serão feitas por todos os trabalhadores da UBS no horário de trabalho todos os dias da semana, e mais especificamente para os usuarios com hipertensão e diabetes no momento da consulta.

Eixo Qualificação da pratica clínica:

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

Detalhamento: a capacitação será feita pela medica da UBS no horário da reunião da equipe nas quintas feiras, na sala de reuniões e depois a cada quatro semanas durante a intervenção.

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

Ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: o monitoramento será feito pela clínica geral da UBS uma vez por semana nas quintas ferias pela tarde.

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

Detalhamento: o monitoramento será feito pela clínica geral da UBS uma vez por semana nas quintas ferias pela tarde.

Eixo Organização e gestão do serviço:

-Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: a solicitação dos exames será feitos pela clínica geral da UBS, a enfermagem nas consultas e pelas técnicas e auxiliares de enfermagem da UBS.

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

Detalhamento: serão feito um contato com o gestor na primeira semana de intervenção e depois a cada quatro semana durante a intervenção, sendo que a nossa proposta e que na indicação dos exames serão colocados projeto de intervenção para conseguir que sejam feitos o mais rápido possível, com a aprovação da proposta.

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: o sistema de alerta para os exames serão estabelecido na primeira semana de intervenção.

Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: as orientações serão feitas por todos os trabalhadores da UBS no horário de trabalho todos os dias da semana, e nas consultas.

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

Detalhamento: as orientações serão feitas por todos os trabalhadores da UBS no horário de trabalho todos os dias da semana, e nas consultas.

Eixo Qualificação da pratica clínica:

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

Detalhamento: a capacitação será feita no horário da reunião da equipe nas quintas feiras pela clínica geral d UBS na sala de reuniões na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro semanas durante a intervenção.

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

Ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: o monitoramento será feito pela clínica geral da UBS uma vez por semana nas quintas feiras pela tarde.

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

Detalhamento: o monitoramento será feito pela clínica geral da UBS uma vez por semana nas quintas feiras pela tarde.

Eixo Organização e gestão do serviço:

-Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: a solicitação dos exames será feitos pela clínica geral da UBS, a enfermagem nas consultas e pelas técnicas e auxiliares de enfermagem da unidade de saúde.

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

Detalhamento: serão feito um contato com o gestor na primeira semana de intervenção e depois a cada quatro semana durante a intervenção, sendo que a nossa proposta e que na indicação dos exames serão colocados projeto de intervenção para conseguir que sejam feitos o mais rápido possível, com a aprovação da proposta.

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: o sistema de alerta para os exames serão estabelecido na primeira semana de intervenção.

Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: as orientações serão feitas por todos os trabalhadores da UBS no horário de trabalho todos os dias da semana, e nas consultas.

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

Detalhamento: as orientações serão feitas por todos os trabalhadores da UBS no horário de trabalho todos os dias da semana, e nas consultas.

Eixo Qualificação da pratica clínica:

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

Detalhamento: a capacitação será feita no horário da reunião da equipe nas quintas ferias pela clínica geral da UBS na sala de reuniões na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro semanas durante a intervenção.

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

Ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: o monitoramento será feito pela enfermagem da UBS uma vez por semana nas quintas ferias pela tarde.

Eixo Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: o controle do estoque será feitos pelas técnicas e auxiliares de enfermagem da UBS nas quintas ferias pela tarde.

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

Detalhamento: o registro será feito e mantido pelas técnicas e auxiliares de enfermagem da UBS.

Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: as orientações serão feitas por todos os trabalhadores da UBS todos os dias no horário de trabalho.

Eixo Qualificação da pratica clínica:

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão diabetes.

Detalhamento: a atualização dos profissionais será uma vez por mês, a primeira serão na primeira semana da intervenção na quinta feria pela tarde.

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

Detalhamento: a capacitação será feitos nas quintas férias no horário da reunião da equipe na sala de reuniões, pela clínica geral da UBS na primeira semana e depois a cada quatro semana durante a intervenção.

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

Ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: o monitoramento será feitos pela enfermagem da UBS uma vez por semana nas quintas ferias pela tarde.

Eixo Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: o controle do estoque será feitos pelas técnicas e auxiliares de enfermagem da UBS nas quintas ferias pela tarde.

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

Detalhamento: o registro será feitos e mantido pelas técnicas e auxiliares de enfermagem da UBS.

Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: as orientações serão feitas por todos os trabalhadores da UBS todos os dias no horário de trabalho.

Eixo Qualificação da pratica clínica:

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: a atualização dos profissionais será uma vez por mês, a primeira serão na primeira semana da intervenção na quinta feria pela tarde.

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

Detalhamento: a capacitação será feita nas quintas feiras no horário da reunião da equipe na sala de reuniões, pela clínica geral da UBS na primeira semana e depois a cada quatro semanas durante a intervenção.

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

Ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

-Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: o monitoramento será feito uma vez por semana pelas técnicas e auxiliares de enfermagem da UBS nas quintas feiras pela tarde.

Eixo Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: todos os usuários consultem na unidade de saúde tanto com a enfermagem quanto com a clínica serão avaliados para a necessidade de atendimento odontológico, e serão encaminhados para a dentista sim precisarem.

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

Detalhamento: os usuários que precisarem atendimento odontológico serão atendidos no dia no caso que seja possível, mas sim não for assim serão agendada consulta para terça feira da próxima semana já que a agenda da dentista da UBS foi organizada para brindar atendimento a diabéticos e hipertensos provenientes da avaliação das necessidades de atendimento odontológico nas terças feiras.

Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: as orientações serão feitas por todos os trabalhadores da equipe todos os dias no horário de trabalho.

Eixo Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: a capacitação será feita pela clínica geral da UBS no horário da reunião da equipe na sala de reuniões na primeira semana e depois a cada quatro semanas durante a intervenção.

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

Ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

-Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: o monitoramento será feito uma vez por semana pelas técnicas e as auxiliares de enfermagem da UBS nas quintas ferias pela tarde.

Eixo Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: todos os usuarios consultem na UBS tanto com a enfermagem quanto com a clínica serão avaliados para a necessidade de atendimento odontológico, e serão encaminhados para a dentista sim precisarem.

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

Detalhamento: os usuarios que precisarem atendimento odontológico serão atendidos no dia no caso que seja possível, mas sim não for assim serão agendada consulta para terça ferias da próxima semana já que a agenda da dentista da UBS foi organizada para brindar atendimento a diabéticos e hipertensos provenientes da avaliação das necessidades de atendimento odontológico nas terças férias.

Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: as orientações serão feitas por todos os trabalhadores da equipe todos os dias no horário de trabalho.

Eixo Qualificação da prática clínica:

-Capacitar as técnicas e auxiliares de enfermagem da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: a capacitação será feita pela clínica geral da UBS no horário da reunião da equipe na sala de reuniões na primeira semana e depois a cada quatro semanas durante a intervenção.

Referentes ao objetivo específico 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.

Ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: o monitoramento será feito pela clínica geral da UBS nas quintas feiras, no horário da tarde.

Eixo Organização e gestão do serviço:

-Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos faltosos.

Detalhamento: as visitas domiciliares serão agendadas na semana para as sextas feiras para a medica para os usuarios que estejam faltosos a consultas e não possam vir nas terças feiras as agentes farão visita domiciliar dos faltosos e nas quartas feiras visitarão os que forma orientados na semana anterior vir segunda para agendar consulta e não vieram, os demais dias farão cadastramento dos usuarios.

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

Detalhamento: os usuarios provenientes das buscas domiciliares serão orientados vir na segunda feria da próxima semana para agendar consultas nessa semana.

Eixo Engajamento público:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas para os hipertensos.

Detalhamento: a informação será feita pelos trabalhadores da UBS nos dois turnos todos os dias, pelas agentes comunitárias e contando com o apoio das lideranças comunitárias.

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

Detalhamento: nos contatos que serão feitos com as lideranças comunitárias e os familiares serão escutadas estratégias sim for preciso, no caso que houver muitos usuarios faltosos a consultas, os contatos serão na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro meses durante a intervenção.

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

Detalhamento: a informação sobre a periodicidade das consultas será feita por todos os trabalhadores da UBS todos os dias no horário de trabalho e com o apoio das lideranças comunitárias.

Eixo Qualificação da pratica clínica:

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

Detalhamento: a capacitação será feitos pela clínica geral do posto na primeira semana da intervenção no horário da reunião da equipe nas quintas férias e depois a cada quatro semana.

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

Ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: o monitoramento será feito pela clínica geral da UBS nas quintas feiras, no horário da tarde.

Eixo Organização e gestão do serviço:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os diabéticos faltosos.

Detalhamento: as visitas domiciliares serão agendadas na semana para as sextas feiras para a medica para os usuarios que estejam faltosos a consultas e não possam vir às terças feiras as agentes farão visita domiciliar dos faltosos e nas quartas feiras visitarão os que foram orientados na semana anterior vir segunda para agendar consulta e não vieram, os demais dias farão cadastramento dos usuarios.

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

Detalhamento: os usuarios provenientes das buscas domiciliares serão orientados vir nas segundas feria da próxima semana para agendar consultas nessa semana.

Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: a informação será feita pelos trabalhadores da UBS nos dois turnos todos os dias, pelas agentes comunitárias e contando com o apoio das lideranças comunitárias.

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

Detalhamento: nos contatos que serão feitos com as lideranças comunitárias e os familiares serão escutadas estratégias sim for preciso, no caso que houver muitos usuarios faltosos a consultas, os contatos serão na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro meses durante a intervenção.

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

Detalhamento: a informação sobre a periodicidade das consultas será feita por todos os trabalhadores da UBS todos os dias no horário de trabalho e com o apoio das lideranças comunitárias.

Eixo Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: a capacitação será feita pela clínica geral da UBS na primeira semana da intervenção no horário da reunião da equipe nas quintas feiras e depois a cada quatro semanas.

Referentes ao objetivo específico 4: Melhorar o registro das informações dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

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

Ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: o monitoramento dos registros será feito pela enfermagem da UBS nas quintas feiras pela tarde.

Eixo Organização e gestão do serviço:

-Manter as informações do ESUS atualizadas.

Detalhamento: as fichas de ESUS são e continuarão sendo digitadas diariamente, mantendo assim as informações atualizadas.

-Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: serão implantadas as fichas espelho para o acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes da UBS, as quais serão preenchidas uma para cada usuário.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: o registro das informações será feito pelas técnicas e auxiliares de enfermagem da UBS (preenchimento das fichas espelho), os dados obtidos do exame clínico nas consultas serão preenchidos pela enfermagem e a clínica geral nos prontuários.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: o responsável pelo monitoramento dos registros será a enfermagem da UBS serão definidos oficialmente na primeira semana da intervenção na capacitação, mas em reuniões anteriores foi falado com ela e os demais trabalhadores e todos concordaram que fosse ela.

- 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: os usuários que tenham atraso na realização de estratificação de risco, avaliação dos órgãos alvo serão feitos na consulta e os que tenham atraso nos exames complementares serão indicados nas consultas pela médica ou a enfermagem do posto, sendo que serão orientados a voltar a consulta com os resultados dos exames, serão feitos um registro com os nomes deles no momento que eles voltar com os resultados dos exames serão tirados do registro, este registro será revisado a cada quinze dias sendo que é mas o menos o tempo que estão demorando para fazer os exames.

Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: as orientações serão feitas por todos os trabalhadores da UBS no horário de trabalho todos os dias.

Eixo Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: as técnicas e auxiliares de enfermagem serão capacitadas pela clínica geral para realização dos registros, no horário da reunião da equipe, na sala de reuniões, a primeira serão na primeira semana da intervenção, e depois a cada quatro semanas durante a intervenção.

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

Detalhamento: as técnicas e auxiliares de enfermagem serão capacitadas pela clínica geral para realização dos registros, no horário da reunião da equipe, na sala de reuniões, a primeira serão na primeira semana da intervenção, e depois a cada quatro semanas durante a intervenção.

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

Ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: o monitoramento dos registros será feito pela enfermagem da UBS nas quintas férias pela tarde.

Eixo Organização e gestão do serviço:

-Manter as informações do ESUS atualizadas.

Detalhamento: as fichas de ESUS são e continuarão sendo digitadas diariamente, mantendo assim as informações atualizadas.

-Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: serão implantadas as fichas espelho para o acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes da UBS, as quais serão preenchidas uma para cada usuário.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: o registro das informações será feito pelas técnicas e auxiliares de enfermagem da UBS (preenchimento das fichas espelho), os dados obtidos do exame clínico nas consultas serão preenchidos pela enfermagem e a clínica geral nos prontuários.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: a responsável pelo monitoramento dos registros será a enfermagem da UBS serão definidos oficialmente na primeira semana da intervenção na capacitação, mas em reuniões anteriores foi falado com ela e os demais trabalhadores e todos concordaram que fosse ela.

- 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: os usuários que tenham atraso na realização de estratificação de risco, avaliação dos órgãos alvo serão feitos na consulta e os que tenham atraso nos exames complementar serão indicados nas consultas pela médica ou a enfermagem da UBS, sendo que serão orientados a voltar a consulta com os resultados dos exames, serão feito um registro com os nomes deles no momento que eles voltar com os resultados dos exames serão tirados do registro, este registro serão revezado a cada quinze dias sendo que é mas o menos o tempo que estão demorando para fazer os exames.

Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: as orientações serão feitas por todos os trabalhadores da UBS no horário de trabalho todos os dias.

Eixo Qualificação da prática clínica:

-Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

Detalhamento: as técnicas e auxiliares de enfermagem serão capacitadas pela clínica geral para realização dos registros, no horário da reunião da equipe, na sala de reuniões, a primeira serão na primeira semana da intervenção, e depois a cada quatro semanas durante a intervenção.

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

Detalhamento: as técnicas e auxiliares de enfermagem serão capacitadas pela clínica geral para realização dos registros, no horário da reunião da equipe, na sala de reuniões, a primeira serão na primeira semana da intervenção, e depois a cada quatro semanas durante a intervenção.

Referentes ao objetivo específico 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovascular.

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

Ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: o monitoramento vai ser feito uma vez por semana pela enfermagem da UBS nas quintas feiras pela tarde.

Eixo Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: os usuários que sejam avaliados de alto risco terão prioridade sendo que na carteirinha de diabético e/ou hipertenso que eles tem serão sinalizado e terão prioridade para consultar ainda que não tenham consulta agendada, sim for o caso que o usuário não possa consultar no dia por algum motivo se fará agendamento no momento para consultar o mais rápido possível.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: sendo que os usuarios de alto risco tem prioridade na consulta, após ter consultado pela primeira vez o médico ou a enfermagem fará a estratificação de risco e sem for alta tem prioridade para consultar podendo consultar no dia ainda que não tenha consulta agendada ou sim for o caso que o usuário não possa consultar no dia por algum motivo se fará agendamento no momento para consultar o mais rápido possível.

Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: as orientações serão feitas pelos trabalhadores da UBS no horário de trabalho e mais especificamente aos hipertensos e diabéticos nas consultas com a enfermagem e a clínica geral.

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

Detalhamento: as informações serão fornecidas pelos trabalhadores da equipe todos os dias nos horários de trabalho, nos dois turnos, e nas consultas com a enfermagem e a clínica geral.

Eixo Qualificação da pratica clínica:

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

Detalhamento: a capacitação será feita pela clínica geral da UBS no horário da reunião da equipe na sala de reuniões, a primeira serão na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro semanas durante a intervenção.

- Capacitar as técnicas e auxiliares de enfermagem da equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: a capacitação será feita pela clínica geral da UBS no horário da reunião da equipe na sala de reuniões, a primeira serão na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro semanas durante a intervenção.

- Capacitar as técnicas e auxiliares de enfermagem da equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: a capacitação será feita pela clínica geral da UBS no horário da reunião da equipe na sala de reuniões, a primeira serão na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro semanas durante a intervenção.

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

Ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: o monitoramento vai ser feito uma vez por semana pela enfermagem da UBS nas quintas ferias pela tarde.

Eixo Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: os usuarios que sejam avaliados de alto risco terão prioridade sendo que na carteirinha de diabético e/ou hipertenso que eles serão sinalizados e terão prioridade para consultar ainda que não tenham consulta agendada, sim for o caso que o usuário não possa consultar no dia por algum motivo se fará agendamento no momento para consultar o mais rápido possível.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: sendo que os usuarios de alto risco tem prioridade na consulta, após ter consultado pela primeira vez o médico ou a enfermagem fará a estratificação de risco e sem for alta tem prioridade para consultar podendo consultar no dia ainda que não tenha consulta agendada ou sim for o caso que o usuário não possa consultar no dia por algum motivo se fará agendamento no momento para consultar o mais rápido possível.

Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: as orientações serão feitas pelos trabalhadores da UBS no horário de trabalho e mais especificamente aos hipertensos e diabéticos nas consultas com a enfermagem e a clínica geral.

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

Detalhamento: as informações serão fornecidas pelos trabalhadores da equipe todos os dias nos horários de trabalho, nos dois turnos, e nas consultas com a enfermagem e a clínica geral.

Eixo Qualificação da prática clínica:

- Capacitar as técnicas e auxiliares de enfermagem da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: a capacitação será feita pela clínica geral da UBS no horário da reunião da equipe na sala de reuniões, a primeira será na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro semanas durante a intervenção.

- Capacitar as técnicas e auxiliares de enfermagem da equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: a capacitação será feita pela clínica geral da UBS no horário da reunião da equipe na sala de reuniões, a primeira será na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro semanas durante a intervenção.

- Capacitar as técnicas e auxiliares de enfermagem da equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: a capacitação será feita pela clínica geral da UBS no horário da reunião da equipe na sala de reuniões, a primeira será na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro semanas durante a intervenção.

Referentes ao objetivo específico 6: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

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

Ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: o monitoramento será feito uma vez por semana pelas técnicas e auxiliares de enfermagem da UBS nas quintas feiras pela tarde.

Eixo Organização e gestão do serviço:

-Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: serão feitos trabalho com grupos de hipertensos e diabéticos uma vez por mês com a participação dos trabalhadores da UBS.

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

Detalhamento: a nutricionista da UBS vai participar nestas atividades com os grupos uma vez por mês.

Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: as orientações serão feitas pelos trabalhadores da equipe da UBS todos os dias no horário de trabalho.

Eixo Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: a capacitação será feita pela clínica geral da UBS nas quintas feiras, no horário da reunião da equipe na sala de reuniões na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro semanas.

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

Detalhamento: a capacitação será feita pela clínica geral da UBS nas quintas feiras, no horário da reunião da equipe na sala de reuniões na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro semanas.

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

Ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento: o monitoramento será feito uma vez por semana pelas técnicas e auxiliares de enfermagem da UBS nas quintas feiras pela tarde.

Eixo Organização e gestão do serviço:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: serão feitos trabalho com grupos de hipertensos e diabéticos uma vez por mês com a participação dos trabalhadores da UBS, nas sextas feiras pela tarde.

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

Detalhamento: a nutricionista da UBS vai participar nestas atividades com os grupos uma vez por mês.

Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: as orientações serão feitas pelos trabalhadores da equipe da UBS todos os dias no horário de trabalho.

Eixo Qualificação da pratica clínica:

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

Detalhamento: a capacitação será feita pela clínica geral da UBS nas quintas feiras, no horário da reunião da equipe na sala de reuniões na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro semanas.

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

Detalhamento: a capacitação será feita pela clínica geral da UBS nas quintas feiras, no horário da reunião da equipe na sala de reuniões na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro semanas.

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

Ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: o monitoramento será feito pelas técnicas e auxiliares de enfermagem nas quintas-feiras no horário da tarde.

Eixo Organização e gestão do serviço:

-Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: serão feitos trabalhos com grupos de hipertensos e diabéticos uma vez por mês nas sextas feiras pela tarde.

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

Detalhamento: a educadora física da UBS vai participar nas atividades que serão feitas com os grupos.

Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: as orientações serão feitas pelos trabalhadores da equipe todos os dias no horário de trabalho.

Eixo Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: a capacitação será feita pela clínica geral da UBS nas quintas feiras, no horário da reunião da equipe na sala de reuniões na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro semanas.

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

Detalhamento: a capacitação será feita pela clínica geral da UBS nas quintas feiras, no horário da reunião da equipe na sala de reuniões na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro semanas.

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

Ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: o monitoramento será feito pelas técnicas e auxiliares de enfermagem nas quintas feiras no horário da tarde.

Eixo Organização e gestão do serviço:

-Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: serão feitos trabalhos com grupos de hipertensos e diabéticos uma vez por mês nas sextas feiras pela tarde.

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

Detalhamento: a educadora física da UBS vai participar nas atividades que serão feitas com os grupos.

Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: as orientações serão feitas pelos trabalhadores da equipe d UBS todos os dias no horário de trabalho.

Eixo Qualificação da pratica clínica:

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

Detalhamento: a capacitação será feita pela clínica geral da UBS nas quintas ferias, no horário da reunião da equipe na sala de reuniões na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro semanas.

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

Detalhamento: a capacitação será feita pela clínica geral da UBS nas quintas ferias, no horário da reunião da equipe na sala de reuniões na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro semanas.

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

Ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: o monitoramento será feito pelas técnicas e auxiliares de enfermagem nas quintas ferias pela tarde.

Eixo Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: na primeira semana da intervenção faremos contato com o gestor municipal e além de outros temas que serão tratados a gente vai falar sobre a possibilidade de comprar quantidade necessária de medicamentos para o tratamento do abandono do tabagismo.

Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: as orientações serão feitas pelos trabalhadores da UBS no horário de trabalho todos os dias, e mais especificamente nas consultas com a médica e a enfermagem.

Eixo Qualificação da prática clínica:

-Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção de abandono do cigarro pelos riscos que tem para a saúde.

Detalhamento: a capacitação será feita pela clínica geral da UBS nas quintas feiras, no horário da reunião da equipe na sala de reuniões na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro semanas.

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

Detalhamento: a capacitação será feita pela clínica geral da UBS nas quintas feiras, no horário da reunião da equipe na sala de reuniões na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro semanas.

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

Ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: o monitoramento será feito pelas técnicas e a auxiliar de enfermagem nas quintas feiras pela tarde.

Eixo Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: na primeira semana da intervenção faremos contato com o gestor municipal e além de outros temas que serão tratados a gente vai falar sobre a

possibilidade de comprar quantidade necessária de medicamentos para o tratamento do abandono do tabagismo.

Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: as orientações serão feitas pelos trabalhadores da UBS no horário de trabalho todos os dias, e mais especificamente nas consultas com a medica e a enfermagem.

Eixo Qualificação da pratica clínica:

-Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção de abandono do cigarro pelos riscos que tem para a saúde.

Detalhamento: a capacitação será feita pela clínica geral da UBS nas quintas ferias, no horário da reunião da equipe na sala de reuniões na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro semanas.

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

Detalhamento: a capacitação será feita pela clínica geral da UBS nas quintas ferias, no horário da reunião da equipe na sala de reuniões na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro semanas.

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

Ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: o monitoramento será feitos pelas técnicas e auxiliares de enfermagem nas quintas ferias pela tarde.

Eixo Organização e gestão do serviço:

-Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual dependendo do usuário, mas a média e 15 minutos por paciente.

Detalhamento: nas consultas serão feitas as orientações a todos os usuarios na média a consulta deve ter uma duração de 15 minutos pelo que será agendado o número de usuarios por dia que a gente consiga pelo menos 15 minutos em cada consulta.

Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: as orientações serão feitas por todos os trabalhadores da equipe todos os dias no horário de trabalho e nas consultas.

Eixo Qualificação da pratica clínica:

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: a capacitação será feitos pela clínica geral da UBS no horário da reunião da equipe nas quintas ferias, na sala de reuniões na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro semanas durante a intervenção.

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

Ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: o monitoramento será feitos pelas técnicas e auxiliares de enfermagem nas quintas ferias pela tarde.

Eixo Organização e gestão do serviço:

-Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual dependendo do usuário, mas a média e 15 minutos por usuário.

Detalhamento: nas consultas serão feitas as orientações a todos os usuarios na média a consulta deve ter uma duração de 15 minutos pelo que será agendado o número de usuarios por dia que a gente consiga pelo menos 15 minutos em cada consulta.

Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: as orientações serão feitas por todos os trabalhadores da equipe todos os dias no horário de trabalho e nas consultas.

Eixo Qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: a capacitação será feita pela clínica geral da UBS no horário da reunião da equipe nas quintas-feiras, na sala de reuniões na primeira semana da intervenção e depois a cada quatro semanas durante a intervenção.

2.3.2 Indicadores

Referentes ao objetivo específico 1 Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos na ESF Jesus Franco Pereira.

Meta 1.1 Cadastrar 90% das pessoas hipertensas 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 pessoas hipertensas 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 pessoas hipertensas residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 85% pessoas diabéticas da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2 Cobertura do programa de atenção à pessoa diabética 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.

Referentes ao objetivo específico 2 Melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e diabetes na ESF Jesus Franco Pereira.

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

Indicador 2.1 Proporção de pessoas hipertensas 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% das pessoas diabéticas.

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.3 Garantir a 100% das pessoas hipertensas a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas hipertensas cadastradas na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas diabéticas cadastradas na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

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

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

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

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

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

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

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

Referentes ao objetivo específico 3 Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa na ESF Jesus Franco Pereira.

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas hipertensas faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas diabéticas faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

Referentes ao objetivo específico 4 Melhorar o registro das informações na ESF Jesus Franco Pereira.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas hipertensas cadastradas na unidade de saúde.

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

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

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

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas diabéticas cadastradas na unidade de saúde.

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

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

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

Referentes ao objetivo específico 5 Mapear as pessoas hipertensas e diabéticas para o risco de doença cardiovascular na ESF Jesus Franco Pereira.

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

Referentes ao objetivo específico 6 Promover a saúde das pessoas hipertensas e diabéticas na ESF Jesus Franco Pereira.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas hipertensas.

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

Numerador: Número de usuarios 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% das pessoas diabéticas.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de usuarios 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 usuarios diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6 Proporção de pessoas diabéticas com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para o projeto de intervenção vai ser utilizado o Protocolo de Hipertensão e Diabetes do Ministério de Saúde de 2013, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus que temos na Unidade. Os dados obtidos nas consultas serão registrados nos prontuários e no registro específico ficha espelho fornecida pelo curso, onde tem o nome do usuário organizado por ordem alfabética, data de nascimento e endereço, sexo, data da última consulta do usuário a data e os resultados dos últimos exames realizados, a data da última avaliação bucal feita pelo médico e pelo dentista, peso, altura e índice de massa corporal, data da realização da estratificação do risco e data da realização das orientações sobre promoção de saúde quanto a realização de exercício físico, dieta adequada. O registro vai ser preenchido pelo médico e as técnicas e auxiliares de enfermagem.

Para organizar o registro o médico vai procurar todos os prontuários de todos os usuarios que temos na unidade e o registro vai ser preenchido com os usuários que sejam portadores de hipertensão e ou diabetes e com os dados obtidos dos prontuários, os demais que sejam cadastrados serão adicionados ao registro

com as informações coletadas pelas agentes comunitárias, o médico revisará o livro todas as semanas identificando os pacientes faltosos e os que estão com atraso nas consultas e os exames.

Os profissionais da UBS terão capacitações sobre o protocolo de hipertensão e diabetes, capacitação das agentes comunitárias quanto ao cadastro das pessoas com hipertensão e/ ou diabetes, capacitação da enfermeira quanto à realização do exame clínico, indicação dos exames laboratoriais, estratificação de risco, avaliação da saúde bucal e orientações em promoção de saúde sobre dieta adequada, prática de exercícios físicos e quanto ao preenchimento dos registros. A análise situacional e a definição de um foco já foram discutidas com os trabalhadores da equipe, o primeiro a fazer para começar com a intervenção é uma capacitação com os trabalhadores da UBS sobre o protocolo de hipertensão e diabetes, e outra mais especificamente com as agentes comunitárias sobre o cadastramento das pessoas com hipertensão e diabetes, a capacitação poderá ser feita na sala de reuniões, para isto será reservada uma hora ao final do expediente no horário tradicionalmente utilizado para a reunião da equipe uma vez por mês.

Será monitorado o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa, com consulta no dia, com exame clínico apropriado, exames laboratoriais ao dia, com avaliação da saúde bucal ao dia a qualidade dos registros, com estratificação de risco, e com orientação sobre a promoção de saúde. Este monitoramento será feito pelo médico clínico geral com o registro de hipertensos e diabéticos vão ser identificados os usuários que têm atraso nas consultas, os faltosos e com atraso no exame clínico, exames laboratoriais e deste jeito será priorizado o trabalho das agentes na busca destes usuários faltosos onde serão organizadas visitas domiciliares para as buscas ativas. Todos os usuários que procurarem a unidade ou que tiverem a consulta atrasada vão ser atendidos no dia e os que sejam visitados serão orientados para vir a unidade sendo atendidos no dia. O acolhimento deles vai ser feito pela enfermeira e se for preciso irá fazer a consulta deles com o exame clínico e a indicação dos exames de acordo com os protocolos, preenchimento dos registros, além da orientação sobre promoção em saúde.

Serão realizadas ações coletivas e individuais para informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção a hipertensão e diabetes na unidade, sobre a importância de medida da pressão pelo menos anualmente, o rastreamento da diabetes e os fatores de risco, sobre a importância de vir a consulta com a

periodicidade estabelecida, de fazer o exame clínico e exames laboratoriais, de tomar os remédios de acordo com a indicação médica, fazer a avaliação bucal, sobre a importância de praticar exercício físico, fazer uma dieta adequada, os prejuízos do tabagismo e a higiene bucal. Depois de ter recebido a capacitação todos os trabalhadores da saúde podem fazer a busca ativa dos usuários que tem hipertensão e diabetes e todos os hipertensos e ou diabéticos que venham a consulta na Unidade por qualquer motivo devem receber estas orientações sobre a promoção em saúde.

As agentes farão o mesmo na comunidade cadastrando todos os hipertensos e ou diabéticos que não estão cadastrados perguntando para eles a data da sua última consulta e estimulando que marquem consulta no caso que esteja atrasada ou até fazendo marcação da consulta para eles na data de sua conveniência. Em cada reunião da equipe o médico vai procurar pelos faltosos entregando para as agentes fazerem a busca ativa, isto vai ser semanal para que eles procurem na comunidade e orientem eles vir a consulta ou façam a marcação das consultas. Faremos também contato com líderes comunitários para que eles conheçam o projeto de atenção que temos na unidade, para que falem para a população da importância de comparecer a consulta para fazer as demais ações do projeto de intervenção.

3 Relatório da Intervenção

Neste item será descrito todo o processo da intervenção, sendo descritas as ações que foram desenvolvidas pela equipe e que contemplaram os quatro eixos temáticos propostos pelo curso, sendo eles: a qualificação da prática clínica, o engajamento público, a organização e gestão do serviço e o monitoramento e avaliação. Também será descrito os aspectos que facilitaram o desenvolvimento das ações e os aspectos dificultadores. É válido ressaltar que a intervenção visava atender a integralidade do cuidado aos hipertensos e ou diabéticos pertencentes à área de abrangência da ESF Jesus Franco Pereira. Todo este processo contou com o apoio do gestor, de todos da equipe, dos hipertensos e ou diabéticos, seus familiares e da comunidade.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas.

O primeiro momento foi capacitar à equipe, disponibilizar as planilhas de coleta de dados impresso e realizar a sensibilização da comunidade através do fortalecimento do engajamento público, buscando a parceria de lideranças comunitárias afim de sensibilizar a comunidade para as ações a serem realizadas, também houve apresentação do projeto nos grupos de educação em saúde para os hipertensos e ou diabéticos e suas famílias. A partir daí iniciou-se as intervenções que em certos momentos ocorriam de forma gradual. Todos os profissionais da equipe estiveram envolvidos nas avaliações, através de atendimentos individuais, triagens e controle de sinais vitais, pesagem, avaliação antropométrica, teste de glicose, nas visitas domiciliares, através de atendimentos coletivos, nas capacitações da equipe. Toda equipe colaborou de alguma forma nas atividades. Houve a capacitação das agentes comunitárias de saúde nas reuniões da Unidade e demais profissionais da equipe, onde foi exposto o trabalho realizado cada dia,

dificuldades e as possíveis soluções, assim como o planejamento das ações futuras e tratamento a estas diferentes patologias. Estudado o protocolo de Atenção à Saúde de Hipertensão e Diabetes, onde foi discutido como estaria baseado as ações que seriam desenvolvidas nestas semanas de intervenção, assim como a função de cada profissional na organização e execução das atividades. Os ACS sentiram-se valorizados participando efetivamente do projeto, auxiliando nas visitas domiciliares, orientações aos agendamentos das avaliações na ESF, nos convites para participação dos grupos de educação em saúde na comunidade, convidando os idosos e familiares para participar.

Foram garantidos pela gestão o material para fazer o hemoglicoteste e a medição da pressão arterial foi possível fazer estes procedimentos em todos os usuarios, os trabalhadores do posto todos brindaram informações a comunidade sobre a importância de medir a pressão nos maiores de 18 anos pelo menos uma vez por ano e sobre os fatores de risco e o rastreamento de diabetes mellitus em usuarios com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg. Foram feitas duas capacitações as agentes comunitárias da UBS pela clínica da UBS para o cadastramento dos usuarios com hipertensão e diabetes, e para as técnicas e auxiliares de enfermagem para realização de hemoglicoteste e medição da pressão.

O exame clinica foi feito pela enfermagem e pela clínica geral d a UBS, foram feitas duas capacitações para brindar atendimento seguindo o protocolo estabelecido pelo ministério de saúde, e a enfermagem foi capacitada para realizar o exame clinico nos usuários acompanhados, os exames complementares em dia de acordo com o protocolo graças ao apoio da gestão, os orientações sobre a periodicidade que deviam ser feito os exames foram feitas por todos os trabalhadores da UBS, foram prescritos medicamentos da farmácia popular/hiperdia a enfermagem fez um ótimo trabalho que sempre manteve atualizada a disponibilidade dos medicamentos nas farmácias, o estoque de medicamentos era monitorado pelas técnicas e auxiliares de enfermagem uma vez por semana, foi avaliado quanto a necessidade de atendimento odontológico e foi atendido pela dentista do posto muito no dia e outros foi agendada consulta na terça feria da próxima semana já que foi assim o conveniado na agenda da dentista da UBS.

Foram agendadas e realizadas visitas domiciliares uma vez por semana para os acamados que tenham hipertensão e diabetes e para os faltosos, e as

informações sobre a importância de vir a consulta com a periodicidade estabelecida foram feitas por todos os trabalhadores da US.

O monitoramento destes registros foi feito pela enfermagem do posto uma vez por semana, e foram implementadas as fichas espelho uma para cada usuário e foi criado um arquivo com os 12 meses do ano para estes documento sendo que depois de consultas o ficha do usuário era colocada na data que deveria voltar assim cada mês foi revisado o arquivo para saber os que estavam com atraso nas consultas e os que tenham atraso nos exames laboratoriais eram marcados em vermelho e colocados no arquivo para voltar em 15 dias que era o prazo que mais demoraram os exames para fazê-los, mas muito voltavam antes. As fichas de ESUS foram digitadas diariamente pela recepcionista da UBS para manter os registros atualizados.

O monitoramento foi feito pela enfermagem uma vez por semana, os que foram avaliados como de alto risco tiveram prioridade no atendimento, a capacitação da enfermagem para fazer a estratificação e risco foi feita ao igual que a capacitação das técnicas e auxiliares de enfermagem para fazer o registro destas informações e todos os usuários foram informados quanto a seu nível de risco e a importância de manter controle dos fatores de risco.

Foram feitas as orientações aos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS quanto à alimentação saudável, pratica regular de atividade física, prejuízos do tabagismo para a saúde e importância de manter uma higiene bucal adequada, o monitoramento destas atividades foi feito pela enfermagem uma vez por semana, foram feitos trabalhos com os grupos de hipertensos uma vez por mês, no primeiro e no terceiro mês, com a participação de nutricionista da UBS e a educadora física, e a cada 15 dias foi feita uma palestra para os usuários que estavam no posto sobre estes tema uma foi feita pela nutricionista, outra pela educadora física, outra pela enfermagem, outra pela dentista do posto e as outras pela clínica geral do posto. Na primeira semana foi feito o contato com o gestor para garantir a disponibilidade de medicamentos para tratamento de abandono ao tabagismo e os medicamentos foram disponibilizados para todos os usuarios que tiveram critérios e quiseram fazer o tratamento. Foram feitas duas capacitações para os trabalhadores da UBS sobre alimentação saudável, importância da pratica regular de exercício físico, riscos do tabagismo para a saúde e higiene bucal adequada com

a finalidade de que os demais trabalhadores pudessem orientar adequadamente a comunidade sobre estes temas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.

O percentual de diabéticos atendidos não atingiu as metas propostas para a cobertura do programa de atenção ao diabético, mas acho que o trabalho foi ótimo tanto para melhorar a saúde da população quanto para o crescimento de nosso trabalho como profissionais da saúde. Algumas das ações previstas que não foram realizadas são as capacitações das agentes comunitárias da enfermagem e das técnicas e auxiliares de enfermagem a primeira capacitação se fez, mas depois durante o transcurso da intervenção tivemos dificuldades para a realização de uma pelas afetações nos horários de trabalho, mas nas reuniões de equipe todas as semanas a gente falava sobre a intervenção e sim existia alguma dúvida era esclarecida no momento. O trabalho com os grupos no segundo mês também não foi feito, as ações que não desenvolvidas foi pelas afetações nos horários de trabalho pelo que priorizamos os atendimentos dos usuários e pela diminuição no tempo de duração da intervenção, já que bem no momento que era para iniciar a intervenção a coordenadora do projeto saiu de férias, sendo assim a intervenção inicia quando ela volta, sendo reduzido de 16 semanas para 12 a duração do projeto de intervenção.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.

Na verdade na coleta e sistematização de dados não tivemos dificuldade nenhuma, os dados foram coletados nas fichas espelho, planilhas de coletas de dados, os registros foram monitorados uma vez por semana como foi conveniado.

3.4-Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.

As ações que foram desenvolvidas até hoje na unidade de saúde serão incorporadas a rotina diária da UBS já com os profissionais capacitados e organizados no trabalho com tenha sido realizado até agora e mais fácil dar continuidade as ações, cada um dos profissionais vai dar continuidade ao trabalho que tenha feito até agora as agendas de cada um foi reorganizada para dar atendimento aos usuarios, as agentes vão dar continuidade ao cadastro e as visitas domiciliares, vão continuar sendo feito os trabalhos com os grupos uma vez por mês e a nutricionista e a educadora física vão fazer palestras uma vez no mês também. O cadastro dos usuarios que tem hipertensão e ou diabetes vai continuar sendo feito e o cadastro dos casos novos, ou seja, das incidências nessas doenças na comunidade, as orientações continuam sendo feitas por todos os trabalhadores da UBS e as visitas domiciliares para usuarios acamados continuam sendo agendadas, os usuarios são avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico sim for possível e atendido no dia ou se agenda consulta para outro dia com a dentista da UBS, e os usuarios que estejam faltosos ou com atraso nas consultas e venham na UBS receberão atendimento no dia ainda que não tenham consulta agendada seja pela medica ou pela enfermagem a qual já foi capacitada para fazer este tipo de atendimento. O registro dos dados vai continuar sendo feito e monitorado pela enfermagem da UBS.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

O projeto de intervenção desenvolvido pelos trabalhadores da ESF Jesus Franco Pereira localizada no Bairro Vila Isabel, no município de Alegrete, estado do Rio Grande do Sul teve a duração de 12 semanas e o objetivo principal de melhorar a atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes na unidade de saúde.

As ações foram voltadas a 608 usuários hipertensos com 20 anos ou mais e 150 usuários diabéticos com 20 anos ou mais, e no final da intervenção foram atendidos 568 usuários hipertensos, 93% dos portadores desta doença residentes na área do serviço, e 95 diabéticos, 63% dos portadores desta doença residentes na área do serviço, sendo que dos 573 usuários atendidos, 568 são hipertensos e 90 deles tem diabetes também, temos só cinco usuários que tem só diabetes e 478 que tem só hipertensão, sendo que a maioria dos pacientes que tem diabetes tem hipertensão também, ou seja, tem as duas doenças. Ao final da intervenção a avaliação dos resultados demonstram avanços tanto quantitativos quanto qualitativos.

Referentes ao objetivo específico 1 Ampliar a cobertura a usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1 - Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

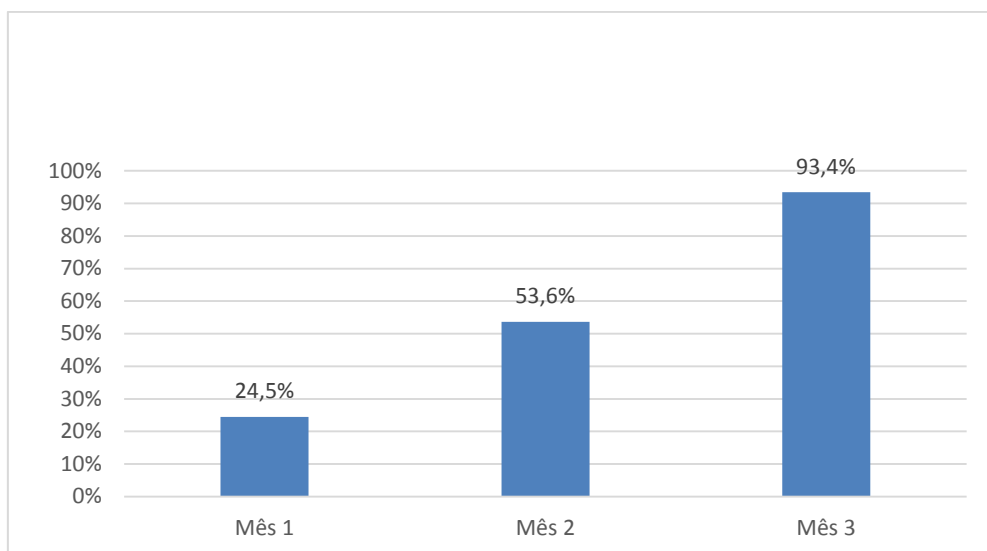


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Jesus Franco Pereira em Alegrete/RS, 2015.

No primeiro mês foram cadastrados 149 hipertensos (24,5%), no segundo mês foram cadastrados mais 177 hipertensos atingindo a cobertura de 326 hipertensos (53,6%), e no terceiro mês foram cadastrados mais 242 hipertensos, totalizando ao fim da intervenção 568 usuários hipertensos cadastrados (93,4%) residentes na área de abrangência da ESF Jesus Franco Pereira.

Ainda que não fosse possível ter uma cobertura de 100% dos hipertensos, mas a meta proposta foi atingida, os atendimentos foram aumentando a cada mês na medida em que a população tenha mais conhecimento do projeto que estava sendo realizado graças ao trabalho de todos na unidade e das lideranças comunitárias. É importante assinalar que tivemos percalços neste trajeto, porque os horários de todos os trabalhadores foram afetados por diferentes motivos, eu, por exemplo, fui remanejada em alguns dias das semanas para trabalhar na unidade móvel, mas graças ao ótimo trabalho realizado pelo demais profissionais da UBS e a seu comprometimento com a realização do projeto os resultados obtidos foram muito bom.

Meta 1.2 Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

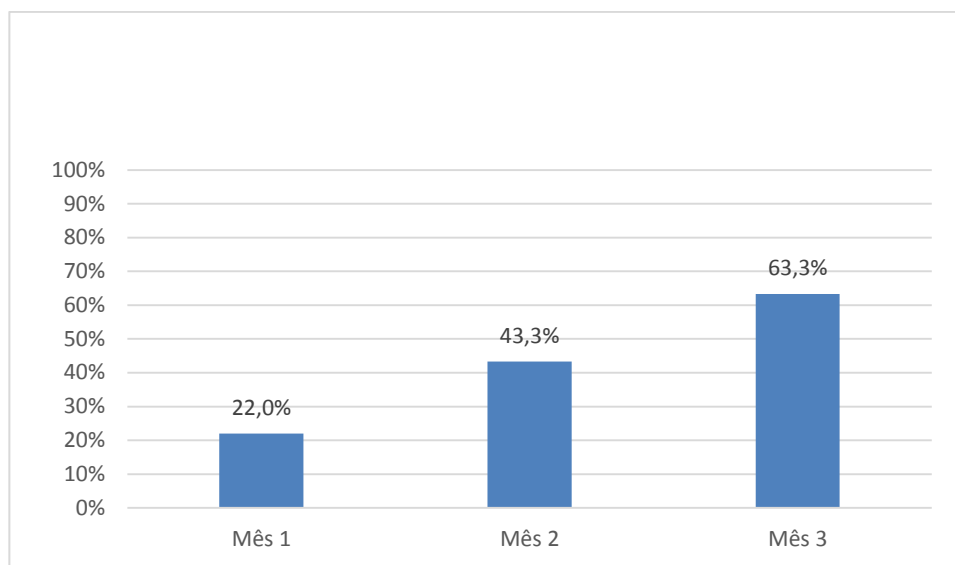


Figura 3: Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Jesus Franco Pereira em Alegrete /RS, 2015.

No primeiro mês de intervenção foram cadastrados 33 diabéticos (22%), no segundo mês foram cadastrados mais 32 diabéticos, atingindo 65 (43,3%) cadastrados no programa, e no terceiro mês foram cadastrados mais 30 usuários diabéticos, atingindo ao fim da intervenção um total de 95 cadastrados (63,3%) residentes na área de abrangência da ESF Jesus Franco Pereira.

A meta proposta não foi atingida pelos motivos porque à época da pactuação, estava prevista a realização da intervenção pelo período de 12 semanas, sendo necessária após a redução deste prazo em quatro semanas para adequação da intervenção às determinações para o término do curso em tempo hábil. Também contribuiu negativamente as alterações nos horários de todos os trabalhadores da unidade, limitando o cumprimento do cronograma.

Mesmo que a cobertura do programa não tenha atingido todos os usuários hipertensos e diabéticos, o aumento deste indicador já melhorou a qualidade da atenção ao público alvo em grande medida. Conseguimos ofertar consultas em quantidade suficiente às necessidades dos usuários cadastrados, conforme determinado no protocolo de referência, e além disso, tivemos o trabalho conjunto dos trabalhadores da unidade e das lideranças comunitárias.

Referentes ao objetivo específico 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

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

No primeiro mês os 149 usuários hipertensos cadastrados foram submetidos ao exame clínico (100%), no segundo mês os 326 hipertensos cadastrados foram submetidos ao exame clínico (100%) e no terceiro mês terminamos a intervenção com 568 hipertensos cadastrados e todos submetidos ao exame clínico (100%).

O fato de ter atingido esta meta indiscutivelmente melhorará a qualidade na atenção destes usuários, e conseqüentemente à saúde e à qualidade de vida. Contribuiu para este resultado o trabalho realizado pelas agentes comunitárias no agendamento das consultas dos usuários, e da enfermagem que contribuiu com um ótimo trabalho na realização do exame.

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

No primeiro mês foram acompanhados 33 usuários com diabetes e foi feito o exame clínico em todos (100%), no segundo mês foram acompanhados 65 hipertensos e todos submetidos ao exame clínico (100%) e no terceiro mês concluímos a intervenção com 95 diabéticos acompanhados e todos submetidos ao exame clínico do 100%.

As metas neste objetivo foram atingidas graças à reorganização do trabalho, ao trabalho feito pelas agentes que principalmente elas fizeram à busca dos usuários faltosos as consultas para que não ficassem com atraso e a enfermagem e clínica geral da UBS até porque foi feito um exame clínico detalhado dos usuários bem como é necessário para obter uma atenção de saúde com qualidade a cada usuário no momento da consulta.

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

Ao refletir sobre os resultados desta meta é muito importante fazer referência ao apoio dos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde que discutiram com a equipe do laboratório para agilizar a marcação e análise dos exames dos usuários que foram incluídos no projeto. E até conseguimos nos acamados a coleta fosse realizada na própria casa. Com este trabalho conjunto, todos os usuários acompanhados realizaram os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. No primeiro mês foram acompanhados 149 e o 100% deles tenha os exames complementares em dia no segundo mês foram acompanhados 177 usuários e o 15 % tenha atraso nos exames complementares, mas eles foram

avaliados no terceiro mês e no terceiro mês foram acompanhados 242 usuários e o 26% tenha atraso nos exames complementares, mas eles foram avaliados nas seguintes semanas e no final o 100% tenha os complementares em dia de acordo com o protocolo.

Também foi importante o comprometimento dos usuários que aderiram às recomendações e o trabalho das agentes comunitárias que realizaram busca ativa quando algum usuário demorava em trazer os resultados dos exames.

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

A meta proposta foi atingida em todos os meses da intervenção.

E ao fim da intervenção tivemos todos os diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no primeiro mês foram acompanhados 33 usuários e o 100% deles tenha os exames complementares em dia, no segundo mês foram acompanhados 32 usuários e o 13% deles tenha os exames complementares com atraso, mas eles foram avaliados no terceiro mês e no final da intervenção o 100% tenha os complementares em dia e no terceiro mês foram acompanhados 30 usuários e o 20% deles tenha os exames complementares com atraso segundo o protocolo, mas eles foram avaliados nas seguintes semanas da intervenção e no final da intervenção o 100% deles tenha os exames complementares em dia.

Os resultados obtidos foram possíveis graças ao apoio dos trabalhadores da Secretaria de Saúde do município, aos trabalhadores do laboratório, os trabalhadores da UBS, e ao comprometimento dos usuários, como foram detalhados anteriormente.

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

No primeiro mês foram acompanhados 149 usuários deles, 100% tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, no segundo mês foram acompanhados 326 usuários hipertensos e 100% com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, e no terceiro mês foram acompanhados 568 usuários diabéticos e todos com medicamentos prescritos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Neste momento a farmácia municipal do SUS não está recebendo medicamentos para hipertensão e diabetes, mas os usuarios estão sendo encaminhadas as farmácias populares para recebê-los gratuitamente e até agora não temos tido dificuldade nenhuma para que estes recebam as medicações e sigam com o tratamento. A enfermeira da unidade mantém atualizada a lista de medicamentos fornecidos nas farmácias populares os médicos privilegiam estes remédios à realização da prescrição.

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

No primeiro mês foram acompanhados 33 usuários diabéticos e todos tiveram prescritos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, no segundo estavam acompanhados 65 diabéticos e 100% em uso de remédios da Farmácia Popular/Hiperdia, e no terceiro mês foram avaliados 95 diabéticos também todos em uso de remédios desta farmácia.

O trabalho sistemático da enfermeira da ESF que mantém atualizada as informações sobre os medicamentos disponíveis nas farmácias populares e os prescritores terem entendido e assumido o compromisso de facilitar o acesso dos usuários às medicações, foram de grande ajuda o alcance desta meta.

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

No primeiro mês foram acompanhados 149 usuarios com hipertensão e todos avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês foram acompanhados 326 usuários hipertensos e todos receberam a mesma avaliação e no terceiro mês foram acompanhados 568 usuários hipertensos e também todos foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, terminando a intervenção com 100% dos hipertensos avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico.

É muito importante assinalar o trabalho da enfermeira que realizou o exame físico em muitos usuarios, mas ela não fez avaliação dos usuarios quanto a necessidade de atendimento odontológico nos usuarios que ela fez o exame físico,

eram avaliados no dia pela medica quanto a necessidade de atendimento odontológico e o trabalho da dentista da unidade que aderiu facilmente à intervenção e fez um ótimo trabalho. Em muitas situações foi possível oferecer atendimento odontológico aos usuários na hora em que era notada a necessidade de avaliação deste profissional, e em outras situações a consulta foi agendada para os próximos dias.

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

No primeiro mês foram acompanhados 33 usuários com diabetes e todos avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês foram acompanhados 65 usuários diabéticos e todos avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, e no terceiro mês foram acompanhados 95 diabéticos e também todos submetidos à avaliação, chegando ao final da intervenção com 100% destes avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico em cada um dos três meses.

Estes resultados foram obtidos assim como na meta anterior, graças ao trabalho da enfermeira da unidade que participou no exame clínico dos usuarios, e à dentista que prestou atendimento a todos. A maioria foi atendida no dia que foram cadastrados no programa, e para outros a consulta foi agendada para os próximos dias, e os que precisavam retornar para seguimento do tratamento já saíram da unidade com a próxima consulta para a dentista agendada.

Referente ao 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.

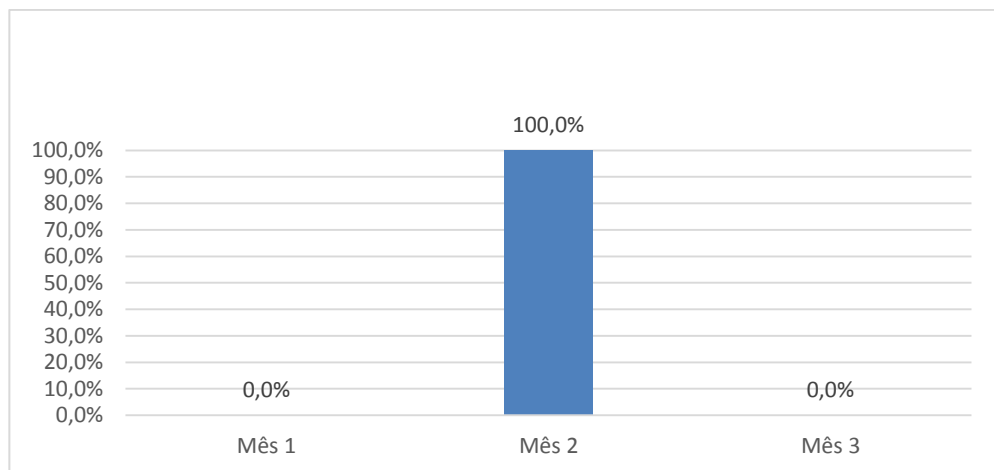


Figura 4: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na ESF Jesus Franco Pereira em Alegrete/RS, 2015.

No primeiro mês não tivemos usuários faltosos à consulta, no segundo mês houve 35 hipertensos faltosos, neste segundo mês tivemos um grande número de usuários faltos às consultas devido foi realizada busca ativa a todos (100%) e estes compareceram posteriormente às ações agendadas, e no terceiro mês novamente não tivemos usuários faltosos às consultas.

No segundo mês tivemos grande número de faltosos às consultas já que a maioria deles recebia atenção em clínicas privadas e fizeram certa resistência a vir no posto e tivemos uns cinco usuários que foram viajar pelo que ficaram faltosos às consultas.

O êxito nesta meta foi possível graças ao trabalho das agentes comunitárias que visitaram os usuários, orientaram sobre a importância do acompanhamento regular e em alguns casos nesta visita já remaravam consultas. Também foi importante o monitoramento das fichas espelho pela enfermeira, verificando os faltosos e organizando as visitas domiciliares.

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

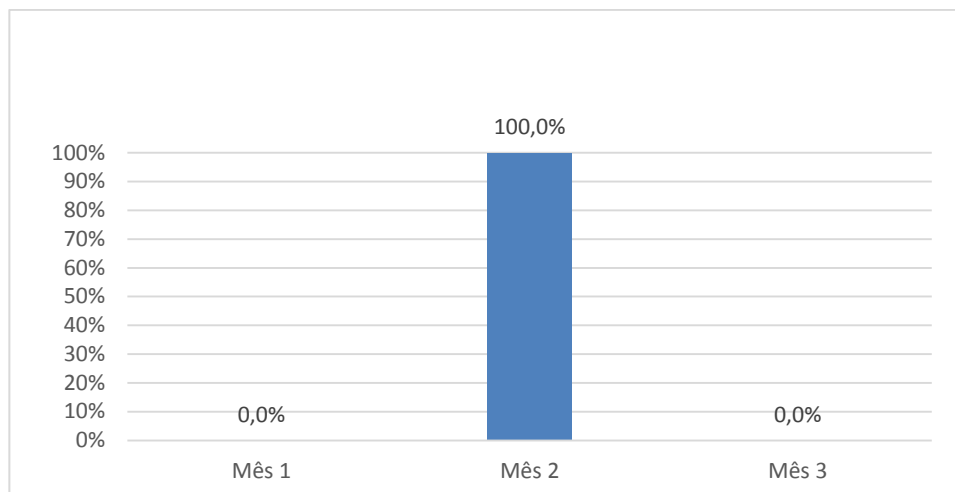


Figura 5: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na ESF Jesus Franco Pereira em Alegrete/RS, 2015.

No primeiro mês não tivemos usuários faltosos à consulta, no segundo mês houve cinco diabéticos faltosos e foi realizada busca ativa a todos (100%), e no terceiro mês também não tivemos usuários faltosos às consultas. No final da intervenção todos os usuários acompanhados compareceram às consultas regularmente.

A meta foi atingida graças à realização da busca ativa de 100% dos faltosos realizada pelas agentes comunitárias que visitavam e orientavam sobre a importância das consultas, contribuindo para a adesão destes aos serviços ofertados. O monitoramento feito pela enfermeira foi fundamental, pois o alerta sobre as faltas eram dado por ela.

Referente ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

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

No primeiro mês foram acompanhados 149 usuários hipertensos e todos estavam com registro adequado, no segundo mês foram acompanhados 326 hipertensos e também todos com registro adequado na ficha de acompanhamento, e no terceiro mês foram acompanhados 568 usuários hipertensos e igualmente todos

com registro adequado na ficha de acompanhamento. No fim da intervenção 100% dos acompanhados tiveram o registro adequado nas fichas de acompanhamento.

Os resultados obtidos foram fruto do trabalho principalmente das técnicas e auxiliares de enfermagem que fizeram um ótimo trabalho quanto ao registro das informações nas fichas espelho e da enfermeira que fez o monitoramento do registro semanalmente.

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

No primeiro mês foram acompanhados 33 usuários diabéticos e 100% com registro adequado, no segundo mês foram acompanhados 65 diabéticos e 100% deles tem registro adequado na ficha de acompanhamento, e no terceiro mês foram acompanhados 95 usuários diabéticos e igualmente todos (100%) com registro adequado na ficha de acompanhamento. No final da intervenção todos os diabéticos acompanhados tiveram o registro adequado nas fichas de acompanhamento.

Assim como foi justificado anteriormente, os resultados obtidos são fruto do trabalho principalmente das técnicas e auxiliares de enfermagem que fizeram um ótimo trabalho quanto ao registro das informações nas fichas espelho, e da enfermeira que fez o monitoramento do registro semanalmente.

Referente ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

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

No primeiro mês foram acompanhados 149 diabéticos e todos com estratificação de risco cardiovascular, no segundo estavam acompanhados 326 usuários com hipertensão e também todos submetidos à estratificação de risco cardiovascular, e no terceiro mês a intervenção foi finalizada com 568 usuários hipertensos acompanhados e submetidos à estratificação de risco cardiovascular.

Os resultados obtidos foram graças ao trabalho da enfermeira do posto que participou do exame clínico e estratificação do risco dos usuários e fez monitoramento desta ação. As técnicas e auxiliares de enfermagem contribuíram ao

fazer o preenchimento dos registros nas fichas de acompanhamento e brindaram orientações a todos os usuários sobre a necessidade de controle dos fatores de risco modificáveis.

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

No primeiro mês foram acompanhados 33 usuários diabéticos e todos submetidos a estratificação de risco cardiovascular, no segundo mês foram acompanhados 65 usuários com diabetes e em todos feita a estratificação de risco cardiovascular à ocasião do exame clínico, e no terceiro mês concluímos a intervenção com 95 usuários diabéticos acompanhados e 100% com estratificação de risco cardiovascular em dia.

Os resultados obtidos foram graças ao trabalho da enfermeira da UBS que participou do exame clínico e estratificação do risco, e também do monitoramento desta ação. As técnicas e auxiliares de enfermagem fizeram o preenchimento dos registros nas fichas de acompanhamento e brindaram orientações a todos os usuários que sobre fatores de risco modificáveis.

Referente ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

No primeiro mês foram acompanhados 149 hipertensos e todos receberam orientação sobre alimentação saudável, no segundo mês foram acompanhados 326 hipertensos e todos receberam orientação nutricional e no terceiro mês foram avaliados 568 usuários e igualmente todos receberam orientações sobre alimentação saudável.

Os resultados obtidos foram graças ao trabalho de todos na unidade já que a equipe participou das atividades educativas de forma integrada, e a nutricionista também teve participação importante no fornecimento de informações e orientações aos usuários sobre alimentação saudável, em consultas individuais e trabalho com os grupos.

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

No primeiro mês foram acompanhados 33 diabéticos e 100% recebeu orientação sobre alimentação saudável, no segundo mês foram acompanhados 65 diabéticos e 100% deles recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável e no terceiro mês foram avaliados 95 usuários diabéticos e 100% recebeu orientações sobre alimentação saudável.

Os resultados referentes às metas 6.1 e 6.2 foram obtidos graças ao trabalho de todos na unidade já que a equipe participou das atividades educativas de forma integrada, e a nutricionista também teve participação importante no fornecimento de informações e orientações aos usuários sobre alimentação saudável, em consultas individuais e trabalho com os grupos.

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

No primeiro mês foram acompanhados 149 hipertensos e todos receberam orientação sobre a importância da atividade física, no segundo mês foram acompanhados 326 hipertensos e todos receberam esta orientação e no terceiro mês foram avaliados 568 usuários e igualmente todos receberam orientações de incentivo da atividade física.

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

No primeiro mês foram acompanhados 33 diabéticos e 100% recebeu orientação sobre a importância da atividade física, no segundo mês foram acompanhados 65 diabéticos e 100% receberam orientação nutricional sobre

atividade física e no terceiro mês foram avaliados 95 usuários diabéticos e 100% recebeu orientações sobre atividade física.

Os resultados obtidos referentes às metas 6.3 e 6.4 são em grande medida fruto do trabalho conjunto de todos os profissionais da unidade já que tanto nas consultas quanto em outra oportunidade os usuários foram orientados sobre a importância de realizar atividade física regular. Também foi fundamental o apoio da educadora física que trabalhou com os grupos e nas palestras. Igualmente importante foi o trabalho das técnicas e auxiliares de enfermagem que fizeram o monitoramento das orientações uma vez por semana como foi acordado.

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

No primeiro mês foram acompanhados 149 hipertensos e todos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês foram acompanhados 326 hipertensos e todos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo e no terceiro mês foram avaliados 568 usuários e igualmente todos receberam orientações sobre os riscos do tabagismo.

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

No primeiro mês foram acompanhados 33 diabéticos e 100% receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês foram acompanhados 65 diabéticos e 100% receberam orientação sobre o tema e no terceiro mês foram avaliados 95 usuários diabéticos e 100% receberam orientações sobre a importância do abandono do tabagismo.

O monitoramento da realização das orientações foi feito pelas técnicas e auxiliares de enfermagem através da revisão das fichas espelho uma vez por semana e elas também junto com os demais trabalhadores orientaram os usuários sobre os riscos do tabagismo para a saúde. O trabalho de todas elas e o gestor

municipal que manteve a disponibilidade de medicamentos para auxílio no abandono ao tabagismo tornou possível a obtenção dos resultados referentes às metas 6.5 e 6.6.

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

No primeiro mês foram acompanhados 149 hipertensos e todos receberam orientação sobre a importância da higiene bucal, no segundo mês foram acompanhados 326 hipertensos e todos receberam orientação e no terceiro mês foram avaliados 568 usuários e igualmente todos receberam orientações sobre higiene bucal.

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

No primeiro mês foram acompanhados 33 diabéticos e 100% receberam orientação sobre higiene bucal, no segundo mês foram acompanhados 65 diabéticos e 100% receberam orientação sobre higiene bucal e no terceiro mês foram avaliados 95 usuários diabéticos e 100% receberam orientações sobre a importância da higiene bucal.

Os resultados obtidos nas metas 6.7 e 6.8 são graças ao trabalho de todos os profissionais da unidade, as técnicas e auxiliares de enfermagem fizeram o monitoramento das orientações uma vez por semana através da revisão das fichas espelho e cada um dos trabalhadores forneceu orientações para os usuários. Além disso, foi muito importante o trabalho da dentista pelo comprometimento que apresentou com o trabalho, que em cada consulta brindava orientações aos usuarios e também nas palestras.

Depois de realizar uma análise dos resultados obtidos, pode-se dizer que o projeto ajudou muito a melhorar a qualidade de atenção a saúde dos usuarios com

hipertensão e ou diabetes. Em primeiro lugar ampliamos a cobertura de atenção destes usuarios e ainda que a meta para a cobertura dos usuarios diabéticos não tenha sido atingida, houve grande melhora na qualidade da atenção à estes usuários, pois 100% dos acompanhados tem o exame clínico em dia com os exames laboratoriais, prescrição de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia, a estratificação de risco cardiovascular em dia a avaliação bucal e o atendimento pelo dentista do usuário que preciso e todos receberam orientações sobre alimentação saudável, importância de realizar atividade física regular o risco do tabagismo e higiene bucal adequada.

Para todos os trabalhadores foi muito bom ter realizado o projeto de intervenção, todos foram capacitados para brindar uma atenção de mais qualidade aos usuarios e para brindar mais informações para melhorar a saúde de cada usuário, agora cada usuário tem melhor controle no seu acompanhamento na unidade e que facilita também o trabalho dos profissionais da UBS.

4.2 Discussão

Analisando os resultados obtidos com a intervenção na ESF Jesus Franco Pereira é possível concluir que o projeto ajudou a melhorar a qualidade da atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Em primeiro lugar houve ampliação da cobertura do programa de atenção aos usuários com hipertensão, e ainda que a meta de cobertura dos usuários diabéticos não tenha sido atingida, houve um grande avanço na qualidade da atenção a estes usuários, pois todos os cadastrados no programa concluíram a intervenção com exame clínico e exames laboratoriais em dia, com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, com a estratificação de risco cardiovascular em dia, com avaliação bucal e início do tratamento odontológico quando necessário, e por fim todos receberam orientações sobre alimentação saudável, importância de realizar atividade física regular, o risco do tabagismo e importância da higiene bucal adequada.

O projeto foi proveitoso para os trabalhadores da UBS, pois todos foram capacitados para prestar uma atenção de mais qualidade aos usuários e para ofertar mais informações para o controle dos fatores de risco modificáveis. E segundo a opinião de todos, isso foi muito bom para o crescimento profissional. Além disso, o trabalho ficou mais integrado, diminuindo a sobrecarga de alguns profissionais no atendimento ao público alvo.

A melhoria também foi proveitosa para o serviço em geral. Após a finalização da intervenção, as ações realizadas foram inseridas na rotina diária da UBS, e continuamos ampliando a cobertura de atenção às pessoas com diabetes. Agora todos os profissionais estão capacitados para acolher com qualidade os usuários que chegam espontaneamente no serviço, garantindo maior resolutividade nestes atendimentos. A enfermeira mantém colaborando com o exame clínico, com o controle dos medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia, as técnicas e auxiliares de enfermagem têm mantido o registro das informações dos usuários no arquivo específico, as agentes continuam visitando e cadastrando pessoas com hipertensão e diabetes e procurando os que estejam faltosos às consultas. E todas estas ações desde a intervenção, têm sido avaliadas em cada reunião semanal da equipe. Neste momento também são definidos os usuários que terão consultas na próxima semana, e nas sextas-feiras as ACS visitam estes usuários que são convidados a vir à consulta. A nutricionista e a educadora física continuam fazendo palestras com os grupos a cada 15 dias, a dentista tem reservado as segundas-feiras para o atendimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes que necessitem de atendimento odontológico.

A comunidade está muito satisfeita com o trabalho desenvolvido, sendo estabelecido o compromisso de continuar com as ações e desse jeito seguir melhorando a qualidade do serviço. Agora os usuários têm um melhor acompanhamento o que facilita também o trabalho dos profissionais. A comunidade em geral, graças ao trabalho das agentes e das lideranças comunitárias têm conhecimento do projeto e aprovou as melhorias já que estas não atingiram apenas aos diabéticos e hipertensos, uma vez que o trabalho de prevenção e rastreamento destas doenças foi extensivo à população em geral.

Embora os resultados tenham sido muito bons, a intervenção teria sido facilitada se desde a análise situacional tivéssemos tido uma maior articulação com a comunidade para informar melhor e com mais profundidade sobre as ações que

seriam desenvolvidas com o projeto que seria desenvolvido na UBS. Também acredito que metas teriam sido atingidas em totalidade se tivéssemos tido as quatro semanas que foram reduzidas.

Os trabalhadores da unidade são muito competentes e comprometidos com o trabalho o que facilitou a realização das ações previstas. E agora com a intervenção já incorporada à rotina de trabalho vai ser muito mais fácil melhorar a atenção e qualidade dos atendimentos. Os usuários com hipertensão e/ou diabetes vão continuar recebendo o mesmo atendimento que foi feito durante as semanas de intervenção, sendo fundamental manter o registro atualizado com a incorporação dos novos casos de hipertensão e diabetes diagnosticados para ser possível conhecer a incidência destas doenças na comunidade atendida e monitorar os indicadores que tenhamos previstos no projeto.

Tomando este projeto como exemplo já foi discutido entre os trabalhadores da UBS a possibilidade de implementar esta sistematização no programa de atenção aos idosos, sendo o próximo objetivo.

5-Relatório da intervenção para gestores.

Aos Gestores de Saúde do município de Alegrete

Por médio do presente relatório estamos informando que foi concluído o projeto de intervenção que estava sendo desenvolvido na UBS Jesus Franco Pereira, que teve como objetivo geral melhorar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de abrangência da UBS. Este projeto teve a autoria da médica, clínica geral Isleydi Parrado Garcia, e a participação de todos os trabalhadores da unidade de saúde.

Como é sabido, desde julho de 2014 a médica em questão está realizando uma especialização em saúde da família pela Universidade Federal de Pelotas. O curso teve quatro unidades de estudo. Na primeira unidade foi feito uma análise situacional da unidade básica com levantamento das principais potencialidades e das principais limitações do serviço. A segunda unidade foi a análise estratégica, com análise dos principais nós críticos quanto à governabilidade da equipe, e prioridade de solução, resultando na escolha do foco de intervenção e na estruturação do projeto de intervenção que seria desenvolvido, contendo ações a serem realizadas e um cronograma para nortear o curso destas ações. O foco escolhido pela equipe veio em função da alta prevalência da hipertensão e do diabetes entre os usuários da comunidade adstrita à UBS e pouca qualidade na atenção a estes. Ao estruturar o projeto foram propostos seis objetivos específicos: 1 - Ampliar a cobertura dos pacientes com hipertensão e/ou diabetes; 2 - Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos; 3 - Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa; 4 - Melhorar o registro das informações dos usuarios com hipertensão e/ou diabetes; 5 - Mapear o risco para doenças

cardiovasculares em hipertensos e diabéticos; 6 - Promover saúde em usuarios com hipertensão e diabetes. Na terceira unidade de estudo foi realizada a intervenção com uma duração de 12 semanas. Atualmente a médica está cursando a última unidade de estudo, que consiste na avaliação da intervenção, com a análise dos resultados obtidos, elaboração do trabalho de conclusão de curso, seguido da defesa deste trabalho.

Para desenvolver as ações tal como foram planejadas, foi necessário o envolvimento de toda a equipe. Para que todos desenvolvessem o trabalho adequadamente, foram realizadas capacitações aos trabalhadores para garantir que o projeto fosse feito como planejado, seguindo o cronograma.

Nestes três meses de projeto foram atendidas e cadastradas no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético, 573 pessoas, destes 568 hipertensos, 93% do total de hipertensos da área adstrita pela UBS; e 95 diabéticos, 63% do total de diabéticos.

No período da intervenção tivemos várias alterações nos horários de trabalho tanto da médica quanto dos demais trabalhadores do posto, o que por vezes tornou o trabalho mais difícil. Ainda assim, a maioria das metas propostas foram atingidas.

Ao avaliar os resultados obtidos quanto ao primeiro objetivo, nota-se que foi atingida a meta referente à cobertura dos hipertensos, o que não aconteceu no caso dos diabéticos. Além das alterações nos horários dos profissionais que já foram relatadas, por questões de adequação do cronograma do curso, houve uma redução de quatro semanas no prazo da intervenção. Quando as metas foram pactuadas, havia a previsão de execução da intervenção por 16 semanas, e posteriormente o cronograma foi reestruturado para 12 semanas.

Quanto ao segundo objetivo, referente a exame clinica dos usuarios, exames complementares, avaliação quanto à necessidade de atendimento odontológico e prescrição de medicamentos da farmacia Popular/Hiperdia as metas propostas foram atingidas, o 100% dos usuarios cadastrados estão com exame clínico apropriado em dia, com os exames complementares em dia, avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, com estratificação do risco cardiovascular e organização do acompanhamento em função desta classificação. As medicações foram revistas e todos os cadastrados têm prescrição de medicamentos distribuídos pela farmácia Popular/Hiperdia. Os resultados obtidos

são fruto do trabalho de toda a equipe. A médica e a enfermeira ficaram encarregadas do exame clínico, a enfermeira ficou encarregada ainda da verificação dos estoques de medicamentos, e foi de grande ajuda o convencimento dos usuários quanto à eficácia dos medicamentos oferecidos pelo SUS. Também foi muito importante o apoio dos gestores municipais que redefiniram a organização do laboratório para agilizar a realização dos complementares. Igualmente necessárias foram as atividades de grupos e de parceria com os líderes da comunidade. E finalmente, mas não menos importante foi o trabalho e comprometimento da dentista do posto que redefiniu sua agenda oportunizando a avaliação de todos os cadastrados e tratamento quando necessário.

Quanto ao terceiro objetivo, a meta foi atingida com busca ativa de todos os que estavam faltosos às consultas. Este resultado aconteceu graças ao trabalho das agentes comunitárias que realizaram com eficácia as visitas domiciliares. Durante o segundo mês de intervenção teve alguns faltosos já que muitos consultavam em clínicas privadas e tiveram certa resistência, mas que após serem orientados pelos profissionais, aderiram às ações ofertadas pela UBS.

Quanto ao quarto objetivo, também foram atingidas as metas e todos os usuários atendidos atualmente estão com os registros das informações adequadas. É muito importante assinalar o trabalho feito pelas técnicas e auxiliares de enfermagem que fizeram os registros das informações nos impressos próprios. Este registro é fundamental para que a equipe faça o monitoramento das ações e resgate usuários faltosos ou com atrasos em alguma ação.

Quanto ao quinto objetivo, as metas também foram atingidas e todos os usuários acompanhados foram submetidos à estratificação de risco cardiovascular, classificando a cada um como leve, moderado ou grave. Esta classificação acontece a partir do levantamento dos fatores de risco, exames físicos e exames complementares feitos a cada um dos usuários e auxilia na definição do plano terapêutico, e na verificação da necessidade avaliação pelos especialistas.

Quanto ao sexto objetivo às metas propostas também foram atingidas, e todos os usuarios receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável, sobre a importância de realizar atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo para a saúde e sobre higiene bucal adequada. Além do trabalho da médica e da enfermeira que fizeram as orientações nas consultas e nas visitas domiciliares, também foi importante o trabalho de todos os demais trabalhadores da UBS que

também prestaram orientações aos usuários, e ao trabalho da nutricionista e da educadora física que fizeram trabalhos com os grupos. Não menos importante foi o trabalho dos gestores que disponibilizaram medicamentos para abandono do tabagismo para os usuários que tiveram critérios e quiseram fazer o tratamento.

Considero que este trabalho trouxe grande satisfação para todos os trabalhadores por termos finalizado o projeto com muitas das metas propostas atingidas. Ainda que o percentual de diabéticos atendidos não tenha atingido a meta proposta para a cobertura do programa de atenção ao diabético, o trabalho contribuiu para melhorar a saúde da população e para o crescimento de nosso trabalho como profissionais da saúde.

Algumas das ações previstas que não foram realizadas são as capacitações das agentes comunitárias de saúde e das técnicas e auxiliares de enfermagem tal como foram planejadas. A primeira capacitação foi realizada, mas durante o transcurso da intervenção tivemos dificuldades para mantê-las pelas alterações nos horários de trabalho dos profissionais. Graças ao apoio de toda a equipe e de todos em geral não tivemos nenhuma outra dificuldade.

As ações desenvolvidas já foram integradas à nossa rotina diária e continuamos com o cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência a UBS e no rastreamento dos novos casos assim como as demais ações. Contamos com o apoio continuado e mantido da gestão municipal para continuar desenvolvendo o trabalho, seria muito bom se conseguiram aumentar a disponibilidade para fazer exames complementares já que os usuários do projeto foram priorizados, mas na verdade os exames as vezes estão um pouco demorados para sua realização.

6-Relatório da Intervenção para a comunidade.

À comunidade da UBS Jesus Franco Pereira

Este documento é um relatório da intervenção desenvolvida na UBS Jesus Franco Pereira no Município Alegrete/RS pelo período de 12 semanas e que teve como objetivo geral melhorar a qualidade de atenção aos hipertensos e diabéticos atendidos na unidade.

Na área de abrangência da UBS temos uma população de mais de 4000 habitantes, distribuídos em seis bairros, e felizmente temos agentes comunitárias trabalhando em cada um dos bairros. Muitos são os usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na comunidade e que precisam um cuidado à saúde de qualidade, e por isso decidimos fazer este projeto de intervenção, certamente a hipertensão e a diabetes são doenças crônicas que estão afetando grande número dos moradores que temos na área de abrangência a o posto e a cada dia aumenta mais a incidência de pessoas que padecem destas doenças e pela pouca qualidade na atenção e o pouco controle que tem destas doenças são muitas as complicações que estes usuarios apresentam, por exemplo, acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica e outras o que aumenta o custo nos tratamentos tanto para a família quanto para o país e diminuí a qualidade de vida dos usuarios.

Com a intervenção a comunidade ganhou uma atenção de qualidade de acordo com o que pelo recomendado pelo Ministério de Saúde do Brasil. Além disso, o serviço da UBS foi reorganizado para poder fazer um melhor controle destas doenças. Agora a comunidade conta com uma equipe fortalecida, mais capacitada para brindar um melhor serviço. Estas melhorias não aconteceram apenas para dos hipertensos e diabéticos, mas também para a comunidade em geral, pois

estimulamos a qualidade de vida, um melhor controle e até prevenção das doenças cardiovasculares, o que no final pode levar a uma mudança no modo e estilo de vida das pessoas hipertensas e diabéticas, e também de toda a família.

Os resultados obtidos em termos gerais foram possíveis graças ao trabalho em equipe e do comprometimento de todos os profissionais da UBS, ao apoio do gestor da saúde, e graças também à comunidade que esteve muito empenhada com a intervenção. Nestes três meses de intervenção foram atendidas 573 pessoas, sendo 568 hipertensos, 93% do total de hipertensos que moram na área atendida pela UBS hipertensão e 95 diabéticos, 63% do total de diabéticos da área. O resultado do número de diabéticos atendidos não foi ideal, pois tivemos alguns problemas por alterações nos horários de trabalho de todos os profissionais do posto, mas a qualidade dos atendimentos foi excelente. Todas as pessoas atendidas foram submetidas a exame clínico completo, a cuidados de saúde bucal, a exames de acordo com o que recomenda o Ministério da Saúde. Todas as pessoas atendidas também tiveram as medicações revisadas para que as recebam gratuitamente. Outra ação muito importante foi a estratificação de risco cardiovascular dos hipertensos e diabéticos, pois avalia o risco destas pessoas sofrerem complicações e sequelas por causa da hipertensão e da diabetes. As pessoas classificadas como de alto risco para complicações, começaram a receber um acompanhamento diferenciado. Tivemos alguns usuários faltosos às consultas, mas graças ao trabalho das agentes comunitárias que realizaram visitas domiciliares a estas pessoas, todos vieram à consulta. Organizamos um sistema de registro com informações sobre os usuários cadastrados no programa, o que facilitou o trabalho e permitiu ter maior controle fazendo com que todos os direitos destes usuários fossem garantidos. E finalmente, todos os acompanhados receberam orientações sobre alimentação saudável, importância de prática de atividade física regular, os riscos do tabagismo e a importância de manter uma higiene bucal adequada. Estas orientações são parte fundamental para o tratamento.

Nossa equipe de trabalhadores está agora mais integrada e mais preparada para prestar um serviço de qualidade e contamos com o apoio dos gestores de saúde para dar continuidade ao trabalho. Também vamos manter o vínculo com as lideranças comunitárias que muito auxiliaram na divulgação das ações realizadas. Continuaremos com as ações de prevenção de doenças através de atividades com

grupos específicos nas comunidades e de forma individual em cada consulta para diminuir a ocorrência destas doenças e de suas complicações.

Por fim, informamos que o projeto de intervenção finalizou, mas as ações que fizeram parte do projeto serão incorporadas à rotina diária do posto para manter a atenção de qualidade que a comunidade tem direito. Os hipertensos e diabéticos serão bem acompanhados, as consultas serão planejadas de acordo com a necessidade de cada um, os exames complementares serão indicados seguindo o recomendado, assim as demais ações desenvolvidas.

Estamos muito agradecidos com a comunidade, pois sem comprometimento e compreensão não poderíamos ter alcançado os resultados obtidos, a comunidade poderia participar mais ativamente nas atividades realizadas na UBS já que as vezes são feitas atividades e a participação é muito pouca por exemplo o dia do homem só participo um, na verdade nós ficamos felizes porque nem que seja uma pessoa conseguimos atender mas é muito importante que todos participem deste jeito ajudam não só a melhorar sua saúde também a de toda a família.

Obrigada!

7- Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

A realização do curso de especialização em saúde da família foi uma oportunidade para ampliar meus conhecimentos não só os de saúde também até para melhorar a língua, e muito grato ver a evolução que tenho tido durante todo o curso, quando a gente olha as primeiras tarefas e compara com as de agora temos noção da evolução no nosso processo de aprendizagem.

Sempre soube que o curso seria muito bom, mas também soube das dificuldades que teria que enfrentar principalmente pela língua que ainda que seja parecida com o espanhol certamente têm grandes diferenças, mas graças ao apoio da orientadora que sempre foi muito compreensiva e acho que é muito competente também eu consegui terminar o curso, e graças também ao apoio de todos os trabalhadores da UBS e da comunidade.

Durante todo o curso tive problemas com a internet, o computador, não deu para participar ativamente nos fóruns e às vezes não consegui enviar as tarefas em dia, mas consegui terminar o curso e hoje dou graças por ter conseguido isso já que além de ter sido bom para mim depois de ter analisado os resultados obtidos na intervenção vejo que tudo meu trabalho e os de todos os que participamos deu ótimos resultados e a gratidão da comunidade que fica feliz com o atendimento recebido.

O curso certamente ajudou a integrar ainda mais nosso trabalho de equipe, ensino a organizar ainda mais nosso trabalho o que facilita ter maior controle dos usuários da nossa área de abrangência, também aumentou o contato com a comunidade, lideranças comunitárias, até com os gestores os quais também apoiaram muito na realização do projeto de intervenção.

Quando eu comecei trabalhar aqui na UBS tinha muitas coisas que eu desconhecia, por exemplo, a carta dos direitos dos usuários e o curso facilitou muito para eu conhecer todas estas coisas até as dificuldades e facilidades da UBS, e com

os serviços, e depois foi possível conhecer os principais problemas de saúde da comunidade e encaminhar o nosso trabalho para brindar uma atenção de qualidade, certamente foi com a realização do curso que conseguimos resolver esses problemas o pelo menos uma parte deles mas também mostro o caminho para resolver os demais problemas que temos de agora na frente com um trabalho muito mais organizado nas ações de saúde e com profissionais mais comprometido e melhor preparados depois de ter feito várias capacitações a atenção brindada na unidade de saúde vai ter muita mais qualidade o que no final vai ajudar a melhorar a saúde da nossa comunidade.

O resultado obtido na intervenção teve um impacto muito grande na comunidade agora temos usuarios melhor atendidos com um bom controle da sua doença e muito mais informados.

Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36);

BRASIL. Ministério da Saúde Brasília. **Hiperdia** – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – Manual de Operação. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Disponível em: www.ibge.com.br. Acesso em: 20/02/2013.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS T. D.; BARRETO, S.M. **Hipertensão Arterial no Brasil:** estimativa de prevalência apartir de estudos de base populacional. Brasília Epidemiol. Sev. Saúde, 2006.

RAMIRES, J. A.; CHAGAS, A. C. **Panorama das doenças cardiovasculares no Brasil.** In: NOBRE, F.; SERRANO, C. V. (editores). Tratado de cardiologia. SOCESP. São Paulo: Manole; 2005. p. 7-46.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B – Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 3																		
Indicadores para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		

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

Eu, Isleydi Parrado Garcia, medico com CRM 4301046 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: Isleydi Parrado Garcia

Telefone: (55)96088897

Endereço Eletrônico: isleydipg@gmail.com

Endereço físico da UBS: Rua Padre Landel de Moura 193. Vila Isabel. Alegrete/RS.

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