

**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 saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos na
UBS/ESF Faxinal de Dentro em Vale do Sol/RS**

Katiel Yudmila Paez Castillo

Pelotas, 2015

KatielYudmila Paez Castillo

**Melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos na
UBS/ESF Faxinal de Dentro em Vale do Sol/RS**

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

Orientadora: Ana Paula Soares

Pelotas, 2015

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

C352m Castillo, Katiel Yudmila Paez

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS/ESF Faxinal de Dentro Em Vale do Sol/RS / Katiel Yudmila Paez Castillo; Ana Paula Soares, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

114 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Soares, Ana Paula, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

AGRADECIMENTOS

À Deus pela vida e por me proporcionar desafios na arte de cuidar do ser humano;

À minha família pela compreensão e apoio mesmo estando à longa distância;

À minha equipe de trabalho, em especial, o Coordenador e Enfermeiro da Unidade de Saúde Faxinal de Dentro, Jean Savegnago, por seu apoio incondicional;

À minhas professoras orientadoras, em especial, à Ana Paula Soares pela dedicação concedida.

MUITO OBRIGADA!

Resumo

PAEZ CASTILLO, Katiel Yudmila. **Qualificação da atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos na ESF Faxinal de Dentro. Vale do Sol/RS.** 2015. 114f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam um importante problema de saúde pública, pois são a primeira causa de morte no país. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas não transmissíveis, e se constituem principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Nesse contexto a Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como importante ferramenta no desenvolvimento das ações a fim de promover saúde e na prevenção, a partir do controle da HAS e DM. Este trabalho trata-se de uma intervenção realizada na ESF Faxinal de Dentro no município de Vale do Sol/RS entre os meses de fevereiro e junho de 2015. A intervenção teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, sendo que a mesma foi baseada em quatro eixos: gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. Tínhamos como objetivo ampliar a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos da área adstrita para 80%. Dentre as metas referentes à qualificação da assistência, buscou-se: realizar exame clínico apropriado e exames complementares em dia de acordo com o protocolo; priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular, além de realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico à 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos. Após doze semanas de intervenção, constatou-se que as metas e objetivos propostos para a intervenção na ESF Faxinal de Dentro foram cumpridos, mesmo que de forma parcial, e que certamente trouxeram a melhoria na qualidade da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos, principalmente pela existência agora de ações articuladas no dia-a-dia dos profissionais de saúde. Outros resultados da intervenção podem ser citados, tais como a prioridade na solicitação dos exames de rotina, melhoria do acesso não apenas ao atendimento médico como o de enfermagem e de odontologia e o acesso às orientações de saúde. Esperamos conseguir continuar e aperfeiçoar o trabalho desenvolvido, melhorando cada vez mais a assistência à saúde da população, principalmente pela maior participação da comunidade no planejamento das ações, dos profissionais envolvidos e da presença das demais unidades de saúde de família presentes no município.

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

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1	Gráfico 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015	85
Figura 2	Gráfico 02: Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015	85
Figura 3	Gráfico 03: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015	86
Figura 4	Gráfico 04: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.	87
Figura 5	Gráfico 05: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.	87
Figura 6	Gráfico 06: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.	88
Figura 7	Gráfico 07: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.	89
Figura 8	Gráfico 08: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.	90
Figura 9	Gráfico 09: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.	90
Figura 10	Gráfico 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.	91
Figura 11	Gráfico 11: Proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.	92
Figura 12	Gráfico 12: Proporção de hipertensos com registro adequado na	93

	ficha de acompanhamento. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.	
Figura 13	Gráfico 13: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.	93
Figura 14	Gráfico 14: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.	94
Figura 15	Gráfico 15: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.	94
Figura 16	Gráfico 16: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.	95
Figura 17	Gráfico 17: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.	96
Figura 18	Gráfico 18: Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.	97
Figura 19	Gráfico 19: Proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.	98
Figura 20	Gráfico 20: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.	99
Figura 21	Gráfico 21: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.	99
Figura 22	Atividade educativa durante encontro de hipertensos e diabéticos. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015	112
Figura 23	Orientações quanto a alimentação saudável, tabagismo e prática de atividade física, metas da intervenções Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.	112

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEMAS	Centro Municipal de Atendimento a Sorologia
DM	Diabete Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAD	Educação à Distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NAAB	Núcleo de Apoio à Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Sumario

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	13
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	27
2.3 Metodologia	28
2.3.1 Detalhamento das ações	29
2.3.2 Indicadores	65
2.3.3 Logística	71
2.3.4 Cronograma	74
ANEXOS	110
3 Relatório da Intervenção	75
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	75
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	78
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	78
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	79
4. Avaliação da Intervenção:	80
4.1 Resultados	80
4.2 Discussão	96
5 Relatório da intervenção para gestores	99
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	103
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	105
Referências	107

Apresentação

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS- UNASUS/ Universidade Federal de Pelotas – UFPEL na modalidade a distância é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte observou-se a análise situacional desenvolvida na unidade 01 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade dois. A terceira parte apresenta-se o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 03do curso que foi realizada na (ESF) Faxinal de Dentro, localizada na zona rural do município de Vale do Sol/RS, às margens da Rodovia Estadual 287, na localidade de Faxinal de Dentro. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores, construídos ao longo da unidade 04. Na quinta e última parte apresenta-sea reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização do trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de julho de 2014, e sua finalização ocorreu no mês de agosto de 2015, com a entrega do presente Volume, como Trabalho de Conclusão.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O município em que atuo como médica em saúde da família se chama Vale do Sol. Está localizado na região central do Estado do Rio Grande do Sul, no Vale do Rio Pardo. A área em que está a (ESF) chama-se Faxinal de Dentro, pertencente a zona rural do município.

A história da localidade Faxinal de Dentro começa no ano de 1900, quando ainda esta área geográfica pertencia ao município-mãe Santa Cruz do Sul. Antes de receber este nome, Faxinal de Dentro, era chamada de “Campo de Dentro”. Seu nome segundo os moradores mais antigos da região, se originou devido as dificuldades para a travessia do arroio Plumbs, onde eram colocados muitos fachos de árvores para atravessar os atoladores e seguir viagem (por carroças de boi naquela época). Os primeiros moradores da localidade eram, na maioria, de origem alemã, que vieram ao Brasil em busca de melhores condições de vida, pois naquele tempo a Europa vivia muitas dificuldades.

Além da ESF onde atuo, nesta área encontra-se uma casa de passagem para menores de idade, duas escolas, um restaurante, uma casa de produtos rurais, um posto de combustível e um mini-mercado.

A estrutura física do ESF, que foi inaugurada em 2007, se apresenta da seguinte maneira: 01 consultório médico; 01 consultório de enfermagem; 01 sala de procedimentos ambulatoriais (suturas, curativos, nebulizações e aplicação de medicamentos injetáveis); 01 consultório de psicologia / sala de grupos e orientações; 01 consultório odontológico; 01 escovário; 01 almoxarifado; 01 sala de observação; 01 sala de vacinas; 01 dispensário de medicações; 01 sala de espera; 01 recepção; 01 ante sala para descanso da equipe; 01 expurgo / área contaminada; 01 sala de esterilização / área limpa; 02 banheiros (01 masculino e 01 feminino) para

os usuários; 02 banheiros para a equipe; 01 sala de espera externa para os usuários; 01 área de estacionamento aberta.

Quanto à equipe, ela é composta de 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem, 01 auxiliar de saúde bucal, 01 dentista, 01 recepcionista, 01 servente e 01 psicóloga que trabalha apenas um turno de seis horas por semana (nos demais dias ela trabalha em outras unidades saúde do município). A auxiliar de enfermagem tem 10 anos de experiência e trabalhos voltados a população, que nos auxilia no melhor manejo com os usuários. O enfermeiro é nosso coordenador e além de trabalhar no município, faz plantões no SAMU da cidade vizinha (Santa Cruz), ele tem muito conhecimentos sobre as condutas de urgências. Tenho uma equipe muito bem preparada e unida.

A atividade da ESF está dividido desta forma: todas as manhãs sempre faço consultas não agendadas; nas tardes de segunda, visitas domiciliares planejadas e palestras para diferentes grupos usuários com doenças crônicas não transmissíveis; terça-feira de tarde, consultas de puericultura; quarta-feira de tarde consultas pré-natais; quinta-feira de tarde consultas de idosos e sexta-feira é meu dia de estudo.

Minha população tem quase 3.700 pessoas (que se dividem em 6 micro-áreas) e possui uma alta incidência e prevalência de HAS, DM e doença mental. Agora a partir desta semana temos o privilégio de trabalhar com o (NASF), através de psicóloga. Espero que com o atendimento de psicologia, incorporado agora, vamos ter bons resultados no trabalho com essas pessoas, tão dependentes de tantas drogas psicotrópicas.

Trabalho com uma população de pouco nível escolar (muitos jovens abandonam os estudos e se encontram em uso e abuso de drogas) e muitos deles são agricultores, trabalham na roça, essa é a grande maioria, mas também tenho outros que são trabalhadores com carteira assinada.

Explico para os usuários em cada uma de minhas consultas individuais a importância de fazer exercícios, caminhadas, academia, cuidar da dieta e não comer alimento com muita gordura, eliminar o hábito de misturar tantas carnes, diminuir a quantidade de carne de gado, usar pouco sal, tomar pouco café entre outras. Hoje essa população já tem mais consciência dos danos que tudo isto pode ocasionar na sua saúde e muitos têm feito inúmeras mudanças com bons resultados.

Infelizmente parte da população tem fossa rudimentar para escoamento dos dejetos e alguns não tem água tratada pois pegam água de poços.

Gosto de trabalhar nesta equipe porque tudo o que fazemos é em conjunto, compartilhamos nossa forma de pensar. Planejamos todas as ações de saúde entre nós e sempre que alguém traz alguma coisa nova pra ensinar aos usuários e assim mantemos uma boa dinâmica em nossa ESF.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Vale do Sol está localizado no estado do Rio Grande do Sul, tem uma população de 11.070 habitantes, emancipou-se em 10 de novembro de 1991 e legalizou-se através da lei n.º 9599 de 20 de março de 1992, vindo a instalar-se como município em 1993. (IBGE,2010).O nome da cidade surgiu na década de 60, a partir de observações feitas por um médico, através de constantes neblinas na parte montanhosa e do sol, na região de Faxinal de Dentro, que faziam do lugar o Vale do Sol (IBGE, 2010). O município está há 196km da capital Porto Alegre. Atualmente o município apresenta diversos desafios, especialmente por ser jovem, pequeno, carente com uma economia voltada ao setor primário.

Em relação a estrutura da organização dos serviços de saúde: o município apresenta 04 (ESF) que cobre 100% da população e conta com o (NASF).Em relação a estrutura hospitalar contamos com 01 hospital geral de pequeno porte, com cerca de 30 leitos. A atenção especializada, pelo SUS não existe no município, sendo os usuários referenciados para a capital do estado, que fica há 196km de distância, ou para cidades vizinhas ao município. Os usuários são conduzidos por veículo próprio da prefeitura na grande maioria das vezes ou por meios próprios, quando o usuário assim deseja. Os exames complementares são realizados no laboratório credenciado que presta serviços para o município. No entanto, alguns exames são realizados nas unidades de saúde em forma de testes rápidos, tais como sorologia para HIV, sorologia para sífilis, sorologia para hepatite B e C.A partir de um convênio firmado com o governo do estado, o município prepara-se para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), previsto para iniciar suas atividades no próximo ano.

Na ESF que trabalho é considerada do tipo rural. Não possui vínculo com instituições de ensino e apresenta apenas 01 equipe, composta de 01 médico clínico geral, 01 enfermeiro, 01 técnica de enfermagem,01 servente, 01 auxiliar de saúde bucal,01 dentista e 06 (ACS). Foi fundada aproximadamente há 10 anos, sendo que há 07 anos encontra-se no prédio atual, anexo à rodovia RST 287.

A estrutura física da ESF, que foi inaugurada em 2007, se apresenta da seguinte maneira: 01 consultório médico; 01 consultório de enfermagem; 01 sala de procedimentos ambulatoriais (suturas, curativos, nebulizações e aplicação de medicamentos injetáveis); 01 consultório de psicologia/sala de grupos e orientações; 01 consultório odontológico; 01 escovário; 01 almoxarifado; 01 sala de observação; 01 sala de vacinas; 01 dispensário de medicações; 01 sala de espera; 01 recepção; 01 antessala para descanso da equipe; 01 expurgo / área contaminada; 01 sala de esterilização / área limpa; 02 banheiros (01 masculino e 01 feminino) para os usuários; 02 banheiros para a equipe; 01 sala de espera externa para os usuários e 01 área de estacionamento aberta.

A estrutura física da unidade mostra-se adequada para as atividades que se propõe, sendo é amplo e arejado, mas algumas coisas poderiam ser melhores. Após um período de atividades, percebi que há algumas limitações, como por exemplo a internet que tem sinal muito fraco, o que dificulta o trabalho. O teto da unidade é um forro que acumula insetos e pássaros. Foi realizado solicitações para a troca do teto, que não foi, ainda atendidas. A maioria das persianas das janelas estão quebradas, sendo que também aguardamos a liberação do conserto. Para minimizar estes poucos problemas, principalmente à falta de internet, muitas vezes a equipe leva parte do seu serviço burocrático para sua casa.

Em relação ao processo de trabalho da equipe atestei que não se trabalha formalmente com os protocolos do Ministério da Saúde; há deficiência no número de profissionais, sendo que há muitas tarefas burocráticas que se sobrepõem às tarefas de prevenção, fazendo com que os profissionais se concentrem mais em resolver problemas agudos de saúde do que preveni-los. Precisaríamos de pelo menos mais um auxiliar ou técnico de enfermagem, para melhores condições de trabalho. Não há importantes serviços de suporte. Não há emergência pelo SUS na parte do dia, sendo que todos os problemas de saúde são canalizados para a ESF, sobrecarregando ainda mais a equipe. Como alternativa para a mudança seria a adoção dos protocolos do Ministério da Saúde para a Classificação de Risco, além da valorização da atenção primária em saúde e o engajamento de todos os colegas dos outros ESF do município para a mudança do quadro. O lado positivo é a mobilização dos colegas de equipe que se doam muito e sempre tentam fazer o que é necessário para o usuário e para a comunidade, dentro das limitações descritas.

Quanto ao número de pessoas na área adstrita, não temos uma informação confiável, já que os dados estão desatualizados. Nos registros constam 2.600 pessoas (SIAB, 2013), mas a equipe acredita que sejam quase 3.000 pessoas atualmente, devido a migração de trabalhadores de outras regiões para trabalharem nas terras do município. Considerando os dados do SIAB teríamos 08 menores de 01 ano; 20 gestantes; 315 hipertensos; 67 diabéticos e 345 idosos. Desse número, 1.190 pessoas são do sexo masculino. O perfil demográfico da população evidencia maior número de pessoas adultas do que idosos, adolescentes ou crianças.

Acredito que o tamanho da equipe e o seu número de profissionais não se mostra adequado para atender à demanda da unidade, visto que, para o atendimento das 3.000 pessoas, seria importante possuímos pelo menos mais um auxiliar ou técnico de enfermagem (a ESF tem apenas 01 enfermeiro e 01 auxiliar de enfermagem). Este profissional poderia auxiliar no acolhimento à demanda espontânea, além de dividir algumas tarefas da demanda agendada, tais como vacinas, curativos e outros procedimentos, agilizando o atendimento aos usuários. Poderíamos ter um psicólogo efetivo na unidade, cumprindo 40 horas semanais de atendimento. Hoje a psicóloga do (NAAB) atende apenas um turno de 4 horas por semana, algo que se mostra insuficiente devida a demanda apresentada. Mais uma vez, para a resolução desta dificuldade, se faz necessário maior recurso financeiro para a contratação de mais profissionais. Para superar ou minimizar a falta desses profissionais, a equipe sobrecarrega-se assumindo maior número de tarefas e atribuições, para que a comunidade não seja prejudicada. Como ponto positivo encontrado nesta situação, acredito que devida a condição atual, os profissionais buscam mais capacitação para tornarem cada vez mais resolutivos.

A Atenção à Saúde da Criança em nossa equipe acontece por meio das consultas de puericultura que acontecem as terças-feiras a tarde, realizadas pelo enfermeiro e a médica. De acordo com o Caderno de Ações Programáticas atendemos 65% das crianças menores de 1 anos, mas acredito que essa informação esteja superestimada pela desatualização do quantitativo populacional. Pelos indicadores de qualidade, temos o desafio de zerar a incidência de atraso nas consultas agendadas em mais de sete dias, e no mesmo sentido objetivar a cobertura total na primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida e avaliação da saúde bucal de todas as crianças.

Apesar de termos a demanda agendada de puericultura todas as terças-feiras (além da Saúde Bucal), mostra-se necessário investirmos num grupo de puericultura, que possibilite abordar, de forma coletiva e educativa, as principais questões, medos e dúvidas das mães relacionadas ao desenvolvimento e crescimento dos bebês e sobre a questão do baixo-peso. Apesar de não ser uma prioridade imediata, acredito ser importante a implantação de um registro próprio das ações envolvendo a puericultura, registro diferente do prontuário clínico e da caderneta da criança. Esse seria um instrumento que poderia ser usado inclusive para o planejamento de ações de prevenção e promoção à saúde da criança.

Como principais dificuldades na atenção à Saúde da Criança podemos elencar a falta de profissionais e alta demanda curativa, que também prejudica nas questões preventivas e de cobertura dessa faixa-etária populacional. Não há seguimento de protocolos ou avaliação de riscos de forma sistematizada e organizada, conforme é preconizado nos manuais do Ministério da Saúde. Não há registro organizado das informações, além do prontuário da família (de papel). Outra questão importante a ser lembrada, é que muitas famílias que trabalham no campo se mudam para outros municípios da região, e dessa forma perde-se o vínculo com aqueles bebês que nasceram em nossa cidade e que realizavam a puericultura com a ESF. Como aspecto positivo, podemos elencar a forte adesão da população em relação à vacinação dos bebês e crianças, assim como à pesagem para o Programa Bolsa Família.

A atenção ao Pré-Natal é realizada por meio de consultas realizadas todas as quartas-feiras, pela tarde. Pelo Caderno de Ações Programáticas, atendemos 23% de nossas gestantes. Atualmente temos conhecimento da existência de 09 gestantes na área e realizamos acompanhamento de todas elas. Considerando a estimativa dada pelo Caderno, estaríamos com um baixo desempenho em nossas ações com as gestantes, contudo, acredito que o número total de gestantes é este mesmo. Assim, acredito que nossa atenção às gestantes está sendo eficiente.

Na atenção ao Pré-Natal, de acordo com os indicadores de qualidade, precisamos melhorar o número de gestantes o iniciam no primeiro trimestre (78%), assim como o número de gestantes com exames ginecológicos realizados por trimestre. Se compararmos a realidade, apenas 56% de nossas gestantes realizam o exame corretamente. Ademias de forma geral nossos indicadores de qualidade são positivos.

Da mesma forma que as crianças, infelizmente não há a estruturação das ações do pré-natal e puerpério de maneira programática, de acordo com o Ministério da Saúde. Há poucos meses o município aderiu ao formato eletrônico do Sis prenatal, o que melhorou o registro e o controle das ações. Também não temos grupo de gestantes atualmente. De acordo com meus colegas, o grupo de gestantes não continuou porque a unidade em que trabalho ficou quase oito meses sem atendimento médico. Foi um período muito difícil para toda a equipe. Apesar de não termos o grupo ativo neste momento, acredito que conseguimos prestar todas as orientações referentes a gestação e puerpério nas consultas. Uma ação realizada rotineiramente é o incentivo ao aleitamento materno, visto que é pequeno o número de gestantes que atualmente possuímos conseguimos dar uma atenção adequada nesse quesito. Importante seria a presença de um ginecologista obstetra no município, para que as gestantes pudessem ao menos uma vez durante a gestação ser avaliada pelo mesmo. Este profissional seria útil também para acompanhar as gestantes com gravidez de risco, até que as mesmas iniciassem o acompanhamento no serviço de referência da capital.

Assim como relatado no caso das crianças, temos problemas com as puérperas. Muitas delas, após ganharem seu bebê, se mudam de residência para outro município a fim de acompanhar seu marido, trabalhador rural (lavoura). Infelizmente, não sabemos como se dará o acompanhamento das mesmas e de seus bebês, até mesmo porque elas geralmente vão embora e não comunicam ao ESF, nem ao menos ao ACS. Na atenção as puérperas não seguimos um protocolo. Como registro específico atualmente estamos implantando programa sis prenatal – prontuário eletrônico, esse processo melhorou em grande parte os registros das informações referentes às gestantes, contudo ainda poderemos melhorar, implementando outras formas de registro, já que apenas com o Sis prenatal muito pouco ainda se pode realizar para o planejamento das ações.

Em relação ao puerpério, a estimativa dada pelo caderno informa que 65% de nossas puérperas são acompanhadas. Os dados de qualidade em sua maioria estão bons, porém duas situações ainda são um desafio: somente 40% das mulheres realizaram o exame ginecológico e nenhuma das usuárias foi submetida a avaliação de seu estado psíquico. Uma importante justificativa para não realização dessas ações é o fato de não termos protocolos implementados, muitas vezes fazia-se o exame ginecológico apenas nas mulheres que queixavam-se de alguma alteração.

As ações de prevenção ao câncer de colo de útero e de controle do câncer de mama constituem-se, basicamente, pela consulta médica e de enfermagem, com a realização do preventivo e indicação de mamografia e/ou ecografia mamária, além do orientação explicativa sobre a realização do auto-exame das mamas. As orientações preventivas são realizadas durante as consultas médica e de enfermagem, bem como as respostas para os questionamentos das usuáries. Não há o seguimento de um protocolo técnico, pactuado com as outras unidades de saúde do município. Nossas ações são inspiradas nos Cadernos de Atenção Básica que abordam esses temas. Nossos registros constituem-se na alimentação do programa SISCAN.

Os preventivos realizados são anotados num caderno de controle, bem como as mamografias solicitadas. Os aspectos positivos e negativos das ações desempenhadas pela equipe para a prevenção desses dois tipos de câncer são, por um lado, a maioria das mulheres com menos de 50 anos procuram realizar rotineiramente a mamografia e os citopatológico, e, por outro lado, temos dificuldades em trazer para a unidade as mulheres acima de 50 anos para essa investigação. Assim como em outras áreas, temos dificuldade em planejar ações e traçar metas e ações futuras, visto que contamos com pequeno número de profissionais na ESF, e, conseqüentemente, há uma sobrecarga de serviço.

Não temos atividades regulares de educação em saúde para as mulheres sobre câncer de colo de útero e mama. Porém, os temas são abordados com os ACS, para que os mesmos se tornem disseminadores dessas informações. Nos aspectos envolvendo à Saúde da Mulher, temos o desafio abordar as mulheres que são resistentes à realização dos exames de forma mais adequada e eficaz. Precisamos trabalhar o mito que a mamografia é dolorida, por exemplo. Quanto ao preventivo, necessitamos ir em busca das mulheres que jamais realizaram o exame.

Em relação as ações de prevenção ao câncer de colo de útero, a estimativa do caderno nos informa que devemos melhorar nossas ações, principalmente a fim de captar mais mulheres para realizar o exame preventivo. Mostra-se importante planejarmos e após colocarmos em prática ações para melhorar alguns indicadores de qualidade, como o indicador das mulheres que estão com o citopatológico em dia. Apenas 60% de nossas mulheres apresentam o exame em dia. Outro indicador importante, aquele que informa sobre a porcentagem de mulheres que estão com exame há mais de seis meses de atraso, deveria ser trabalhado para melhorar, pois

20% das mulheres estão em atraso. Precisamos melhorar nos aspectos referentes a avaliação de risco para o câncer de colo uterino, no número de orientações dadas as mulheres sobre prevenção do câncer de colo uterino, bem como aumentar o trabalho de orientação sobre as (DST), porque nossos dados indicam que apenas 80% das mulheres são contempladas nesses indicadores.

Outro importante fato a ser observado está relacionado ao número de exames coletados com amostra satisfatória. Revisando esse dado e analisando novamente nossos prontuários, percebemos que, na realidade, nossas amostras satisfatórias estão em torno de 80 ou 90%. O que ocorreu é que quando analisamos os dados pela primeira vez confundimos amostra satisfatória com representatividade da junção escamo colunar. Sobre a representatividade da junção escamo colunar, apenas 30% dos resultados informam amostra satisfatória. No entanto precisamos informar um fato importante: apenas no segundo semestre deste ano é que nossos laboratórios analisam os exames citopatológicos informando obrigatoriamente a presença ou não de células da zona de transformação. Antes essa informação não era necessariamente informada pelo laboratório. Então, acreditamos não termos dados confiáveis sobre este aspecto.

Analisando os indicadores de qualidade relacionados ao controle do câncer de mamas, se considerarmos a estimativa dada pelo caderno, apenas 63% das mulheres tem cobertura sobre este item. Precisamos organizar ações para o fortalecimento do vínculo e engajamento das usuárias a fim de que procurem ao ESF para a solicitação do exame. Nesse sentido, deveremos ir atrás das mulheres (que são 24% do total) que encontram-se em atraso de 3 meses com a mamografia.

Outro importante aspecto que devemos prestar atenção, conforme indica o Caderno de ações programáticas, é a realização da avaliação de risco. O mesmo informa que apenas 59% de nossas mulheres recebem este tipo de avaliação. Sobre as orientações de prevenção do câncer de mama, temos de melhorar a abrangência das mulheres orientadas, porque 29% de nossas mulheres não estão adequadamente informadas sobre este importante problema de saúde feminino.

Os hipertensos e diabéticos em nossa unidade participam de um grupo único, que é realizado de quatro em quatro meses, quando ganham nova receita contínua e recebem orientações quanto ao tratamento medicamentoso e mudança no estilo de vida, além de orientações sobre saúde bucal e nutricional, entre outras. Esse grupo de usuários são orientados a retornarem ao ESF ao menos uma vez ao mês

ou antes (caso necessário), para receberem a avaliação antropométrica, verificação de pressão e a glicemia capilar (para os diabéticos).

Infelizmente não seguimos um protocolo específico, mas utiliza-se os princípios do Ministério da Saúde. Como aspecto positivo, podemos citar a participação dos usuários nos grupos, apesar que às vezes muitos ficam impacientes em ter que assistir às palestras. Como aspectos a serem melhorados, acredito que deveremos reforçar os registros das ações realizadas, atualizando as existentes e utilizando-as para o correto planejamento de ações e promoção à saúde dos hipertensos. Outra importante questão seria a implementação de protocolos sistemáticos do Ministério da Saúde, bem como a implantação da avaliação de riscos. Talvez devêssemos avaliar a possibilidade de separar os grupos, criando um grupo exclusivo para diabéticos. Poderemos também diminuir os intervalos entre os grupos, acrescentando novas ações e outros conteúdos para abordar nas atividades educativas, assim como algum tipo de atividade física (por exemplo caminhadas). Claro que essa decisão deverá ser discutida junto a toda a equipe, para ver a viabilidade dessas mudanças.

Sobre os indicadores de qualidade na atenção aos hipertensos alguns pontos devem melhorar, de acordo com a estimativa do caderno nenhum usuário é submetido a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico. Este fato pode ser justificado por não termos algum protocolo implementado que nos indicasse a necessidade dessa avaliação. Foi indicado também que 59% (300 pacientes) dos usuários com hipertensão estão com seus exames periódicos em dia, 88% (300 pacientes) receberam orientações sobre atividade física, 88% (300 pacientes) receberam orientações sobre alimentação saudável e o mais preocupante: apenas 50% (170 pacientes) dos usuários assistidos o tiveram realizadas a avaliação de saúde bucal. Esses indicadores de qualidade nos mostram um importante caminho a ser percorrido com intuito de capacitarmos nossos ACS para melhor orientar aos usuários, bem como acolhê-los para que venham à unidade realizar seus exames periódicos e também receberem avaliação quanto sua saúde bucal.

Em relação aos indicadores de qualidade do controle do diabetes, da mesma forma que os usuários hipertensos, nenhum de nossos usuários diabéticos recebe avaliação cardiovascular. Dos acompanhados pela equipe 18% possuem atraso em consulta agendada em mais de sete dias. Sobre os exames complementares em dia,

cerca de 18% estão em atraso com os mesmos. O exame físico dos pés, nos últimos três meses, de acordo com os dados da unidade (que podem apresentar erros) foram realizados em 82% dos usuários. A apalpação dos pulsos tibial e pedioso nos últimos três meses foram realizados em 35% dos usuários. Acredito que isso se deve ao fato de não termos protocolo sistematizado que nos indicasse a realização desta avaliação. Com relação as orientações sobre a prática de atividade física e orientação nutricional, 88% de nossos usuários receberam essas informações. Assim como no caso dos hipertensos, a avaliação da saúde bucal deverá receber atenção especial, visto que apenas 41% dos usuários estão em dia com a mesma. Estratégias de planejamento, educação em saúde e melhor engajamento dos agentes de saúde poderão nos auxiliar na melhora desses indicadores.

Hoje, infelizmente, nosso ESF não possui atividades dedicadas exclusivamente à saúde do idoso, de característica sistemática e planejada. Desenvolvemos muitas ações de prevenção e orientação de maneira individual, durante o atendimento do idoso na consulta médica (consulta programada para as quintas-feiras à tarde). Como nosso município não possui outros serviços de saúde específicos que englobem a saúde do idoso, a ESF recebe alta demanda de atendimentos a idosos, muitos deles de ordem curativa, dificultando o planejamento de ações de prevenção e promoção à saúde.

Nossos registros referentes à saúde da pessoa idosa necessitam passar por uma profunda reformulação, a fim de melhor servirem como indicadores de saúde. Mostra-se necessário a implantação de protocolos sistemáticos do Ministério da Saúde, a fim de melhorarmos nossa prática e também iniciarmos a avaliação dos riscos para a saúde neste grupo etário. Seria muito importante a implementação de um grupo de idosos, em que poderia ser trabalhada a socialização, a prevenção de agravos à saúde, entre outros. Para tanto, precisa ser discutidas com a equipe essas modificações.

Analisando os indicadores de qualidade referentes a saúde do idoso, há muitos aspectos que deveremos melhorar, como, por exemplo, a implementação da caderneta de saúde do idoso, pois nenhum de nossos usuários possui essa caderneta, assim como o fato de nenhum de nossos usuários realizou avaliação multidimensional rápida. Sobre a caderneta, não recebemos o número de exemplares suficientes, o que impossibilita a implantação. Não realiza-se a avaliação multidimensional por não haver protocolo que dissesse que deveríamos

fazê-la. Cerca de 73% dos usuários apresenta acompanhamento em dia. De nossos idosos, 35% apresentam hipertensão arterial sistêmica e 14% diabetes mellitus. O caderno aponta que nenhum de nossos usuários recebem avaliação de risco para morbimortalidade, bem como mapeamento dos indicadores de fragilização da velhice. Do número total de idosos, 85% dos mesmos receberam orientações nutricionais e orientações sobre atividade física. Assim como os tópicos anteriores, há uma fragilidade relacionada à saúde bucal. Apenas 14% de nossos idosos (não se incluindo os hipertensos e diabéticos) estão com a saúde bucal em dia.

Os maiores desafios de nossa unidade de saúde são aqueles que dizem respeito à sobrecarga de trabalho, por ser a ESF a grande porta de entrada dos usuários de saúde associado a falta de outros serviços de suporte, tais como o CAPS, o SAMU, CEMAS, UPA-24 HORAS, entre outros. Nossos serviços de especialidades estão muito distantes, situados na capital, e com uma longa lista de espera para consultas e procedimentos. Dessa forma, os usuários retornam ao ESF muitas vezes antes de irem ao especialista e o médico necessita iniciar seu tratamento antes mesmo da avaliação com o especialista. A estrutura física da unidade também precisa ter melhoras, principalmente um teto novo, sem forração, uma área especial para lixo contaminado, persianas novas, bebedor de água novo, entre outros. Precisamos de uma conexão com a internet que funcione sem cair, a fim que possamos organizar a burocracia. Como melhor recurso que a ESF possui, sem dúvida alguma é a sua equipe, que sempre busca inovar soluções com as possibilidades que se tem no momento.

Os questionários e os Cadernos de Ações Programáticas foram muito desafiadores e importantes para mim e para a equipe. Percebemos o quanto podemos melhorar nossa atenção à saúde da comunidade, bem como a necessidade de se organizar fluxos e indicadores de saúde, além da implantação de protocolos e sistematizações para o planejamento de ações. Nossos atuais indicadores não estão atualizados, por isso, não são confiáveis. Os dados da população estão sendo recadastrados a partir da implementação do e-SUS, e ainda não possuímos o recadastramento completo. Os questionários e o Cadernos nos mostraram muitos conceitos novos e nos fizeram lembrar de outros importantes, também nos trouxeram a necessidade de investirmos mais nas ações preventivas e de promoção. Contudo, agora que conhecemos as fragilidades da nossa forma de

trabalhar, mostra-se necessário problematizar novamente com a equipe sobre quais aspectos poderão ser melhorados e modificados, de acordo com as possibilidades.

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

Comparando as observações acima descritas com o texto inicial, sobre a situação da ESF, percebo que nesse primeiro texto eu não tinha o conhecimento de todos os fatores que envolvem as ações da ESF. A partir dos questionários e do caderno, pude entender muitas coisas relacionadas às políticas de atenção primária no Brasil e iniciei a visualizar várias coisas que devem ser implementadas para termos melhor controle das ações a serem realizadas. Neste relatório, consegui descrever muitos detalhes importantes que no primeiro texto não tinha identificado, tais como dados estatísticos do IBGE, situação econômica, outros serviços de saúde presentes no município, a descrição de problemas reais da prática diária do atendimento, expressando sobre as reais condições, dificuldades e potencialidades de minha unidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins, vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). O Diabetes Mellitus (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (BRASIL, 2013). O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009). A HAS e o DM são doenças crônicas, de caráter progressivo e silencioso e requerem que o usuário compareça periodicamente ao serviço de saúde para monitoramento e acompanhamento, além de tomar medicamentos diariamente e por toda a vida, mesmo que esteja aparentemente saudável e assintomático. As abordagens diagnósticas e terapêuticas requerem empenho das equipes de saúde para efetivar um controle clínico satisfatório e prevenir as complicações que

comprometem a qualidade de vida. Dessa forma, os profissionais devem adotar ações de saúde que visem busca ativa da população, para garantir o diagnóstico precoce e a implantação de medidas educativas que estimulem o autocuidado.

O Ministério da Saúde, através de suas políticas, determina que o monitoramento dessas duas patologias é de responsabilidade dos serviços de atenção básica e estabelece como ações estratégicas o diagnóstico, o cadastramento dos portadores, o tratamento, a busca ativa de casos, a constatação de complicações e as medidas preventivas, tais como o controle da obesidade, sedentarismo e tabagismo e a prevenção de complicações. Assim sendo, a ESF, implantada no Brasil a partir de 1994, deve propor ações que visem o aumento da adesão dos usuários e prevenir as complicações potenciais dessas doenças, e também voltar o olhar para as dificuldades para a implantação prática dessas ações (BRASIL, 2001; ROCHA, 2009).

A estrutura física do ESF Faxinal de Dentro, que foi inaugurada em 2007, se apresenta da seguinte maneira: 01 consultório médico, 01 consultório de enfermagem, 01 sala de procedimentos ambulatoriais (suturas, curativos, nebulizações e aplicação de medicamentos injetáveis), 01 consultório de psicologia / sala de grupos e orientações, 01 consultório odontológico, 01 escovário, 01 almoxarifado, 01 sala de observação, 01 sala de vacinas, 01 dispensário de medicações, 01 sala de espera, 01 recepção, 01 antessala para descanso da equipe, 01 expurgo / área contaminada, 01 sala de esterilização / área limpa, 02 banheiros (01 masculino e 01 feminino) para os usuários, 02 banheiros para a equipe, 01 sala de espera externa para os usuários e 01 área de estacionamento aberta. Quanto à equipe, ela é composta de 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem, 01 auxiliar de consultório odontológico, 01 dentista, 01 recepcionista, 01 servente e 01 psicóloga que trabalha apenas um turno de seis horas por semana (nos demais dias ela trabalha em outras unidades saúde do município) e 06 ACS. A população adstrita é 2.600 pessoas (que se dividem em seis micro áreas). Quanto ao número de usuários, temos 340 usuários hipertensos (que perfaz um total de 59% de usuários existentes, de acordo com a estimativa do caderno de ações programáticas) e 85 usuários diabéticos (51% dos usuários existentes). A adesão dos usuários ao tratamento medicamentoso proposto parece ser adequada. Contudo, os mesmos mostram-se relutantes quanto às medidas de mudança do estilo de vida, nela compreendida a alimentação saudável e a prática regular de

exercícios físicos. Em relação as ações desenvolvidas pela equipe são: controle semanal da pressão arterial nos usuários descompensados; grupo de orientações a cada quatro meses; consulta de enfermagem para a verificação de glicemia capilar nas sextas-feiras.

O tipo de intervenção a ser realizada é viável, visto que, como médica, possuo a governabilidade necessária para contribuir com as ações a serem realizadas. Somando-se a isto, a escolha deste foco na atenção primária será imprescindível ao trabalho da unidade, pois existem muitas barreiras a serem vencidas que nos impede de levar as ações para os hipertensos e diabéticos em pleno funcionamento. Algumas delas são: a falta de cadastramento de todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes, visto que muitos usuários não foram rastreados e não sabem que são portadores dessas patologias; o controle e tratamento dessas patologias realizadas em consultórios particulares, sem termos o retorno sobre estes tratamentos e registros; a não existência e execução de protocolo para este atendimento; a falta de registros sistemáticos e de indicadores de qualidade; centralidade da consulta do hipertenso e diabético no médico; a falta de um profissional responsável para se dedicar ao planejamento, gestão e coordenação das atividades envolvendo esses tipos de usuários; a sobrecarga de serviço e número limitado de profissionais. Apesar dos desafios e inadequações identificadas na atenção prestada aos hipertensos e diabéticos da comunidade atendida, para realizarmos a intervenção, precisamos realizar um bom planejamento das ações incluindo o monitoramento. Dentre os aspectos que viabilizam a intervenção destacoo trabalho em conjunto com toda a equipe. Acredito que apesar das dificuldades que certamente aparecerão diante do caminho, acreditamos que a intervenção se mostrará importante movimento de mudança da realidade que nos deparamos diariamente e sem dúvida alguma trará benefícios não somente aos usuários, como também ao processo de trabalho da equipe o para o serviço.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos do ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a HA e a DM da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a HA e a DM da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 3.1: Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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 usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

O projeto da intervenção foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família ESF Faxinal de Dentro, no Município de Vale do Sol/RS. Contudo, a duração da intervenção necessitou ser reduzida para 12 semanas, pois a aluna necessitou entrar em férias, retornando ao seu país de origem, em março de 2015. Não foi possível continuar com a programação da

intervenção sem a presença da aluna, visto que os membros da equipe tinham outros compromissos e demandas, e não poderiam garantir a plena realização das atividades acordadas. Participarão da intervenção todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados neste período na unidade de saúde. Além dos usuários, os profissionais que atuam na equipe multidisciplinar também participarão do estudo. Para a realização e o sucesso da intervenção, faz-se necessária a participação e o empenho de todos os membros da equipe de trabalhadores do ESF Faxinal de Dentro. A seguir estão descritas, de modo detalhado, as ações a serem realizadas na intervenção.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

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

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitoramento do número e da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e ao DM da unidade de saúde periodicamente (ao menos duas vezes ao mês);
- Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento:

- Monitorando o número e a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos teremos condições de alcançar ao menos 80% dos usuários portadores dessas doenças, atingindo inclusive aqueles que ainda não foram diagnosticados.

- A enfermagem realizará cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos que busquem a consulta preenchendo os dados necessários.
- A Médica em sua consulta de controle de usuários hipertensos e diabéticos estratificará os riscos e estado de saúde de os usuários assim como suas necessidades de assistência especializada.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

- .Melhorar o acolhimento dos hipertensos e diabéticos; garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa;
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e glicemia na unidade de saúde.

Detalhamento:

- Todos os integrantes de ESF realizará o acolhimento que se faz muito importante para captação do usuário para o tratamento.
- Será solicitado a administração da unidade de saúde o fornecimento de materiais e equipamentos necessários e em quantidades suficiente para a verificação de pressão arterial e hemoglicoteste, além dos materiais de consumo como as tiras reagentes.
- A recepcionista da unidade de saúde prestará atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, dando prioridade seu atendimento.
- A enfermagem tem que garantir prioridade aos hipertensos e diabéticos para a realização de exames de laboratório, aos atendimentos e coordenará com as auxiliares de saúde bucal a prioridade dos usuários hipertensos e diabéticos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde; divulgar junto à comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente;
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg;

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

Detalhamento:

- Os ACS em suas visitas domiciliares informarão os usuários e familiares da importância da assistência as consultas de controle, assim como manter a vigilância dos fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes ao resto da família.
- Os agentes comunitários informarão a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde; divulgar junto à comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente;
- A enfermagem vai realizar atividades educativas na sala de espera para explicar a os usuários e familiares sobre a importância de manter um controle adequado da HAS e DM.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento:

- A médica e enfermagem realizará palestras para que os ACS possam fazer o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde
- A enfermagem realizará palestra para capacitar a restante da equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

- A enfermagem realizará palestra para capacitar a resto da equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento:

- A enfermagem revisará os prontuários de os usuários hipertensos tendo em conta que ocorreu um período de oito meses sem atendimento médico, o que justificaria a falta de controle clínico de muitos usuários.
- A enfermagem com os agentes comunitários marcarão consulta para os usuários hipertensos, seguindo uma ordem de prioridade por data de ultimo controle com exame clínico apropriado.
- A médica iniciará uma avaliação clínica apropriado dos usuários hipertensos

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

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

Detalhamento:

- A enfermagem tomará medidas que possibilite uma organização do atendimento de saúde aos hipertensos, não colocando somente na figura do médico a responsabilidade do monitoramento deste tipo de usuário.

- Em reunião de ESF será discutido versão atualizada do protocolo de atendimento apropriado dos usuários hipertensos.
- A médica de ESF vai realizar palestras para os membros de equipe e definir as ações de todos os membros.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento:

- A enfermagem incluirá como tema prioritário em palestras para usuários e familiares a importância de um diagnóstico precoce das neuropatias e outros problemas vasculares que impactam na qualidade de vida.
- A médica em seu atendimento incluirá um exame clínico apropriado dos usuários hipertensos em busca de sinais de eventos cardiovasculares e neurológicos, tomando a conduta necessária em cada caso

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento:

- Discutir em reunião da equipe o protocolo de atendimento que permita aos membros da ESF conhecerem como se faz um bom exame clínico sendo o principal elemento que os profissionais possuem para determinar se o tratamento de saúde empregado está ou não adequado para o usuário em questão.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento:

- Assim como no caso dos usuários hipertensos, se faz necessário revisar todos os usuários de minha área porque ocorreu um período de oito meses sem atendimento médico, o que levou muitos diabéticos a não conseguirem um bom controle clínico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

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

Detalhamento:

- A enfermagem revisará os prontuários dos diabéticos tendo em conta que ocorreu um período de oito meses sem atendimento médico, o que fez perderem-se o controle clínico de muitos usuários.
- A enfermagem com os ACS marcarão consulta para os diabéticos, seguindo uma ordem de prioridade por data de último controle com exame clínico apropriado.
- A médica iniciará uma avaliação clínica apropriado dos usuários diabéticos

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento:

- A enfermagem incluirá como tema prioritário nas palestras para usuários e familiares a importância de um diagnóstico precoce das neuropatias e outros problemas vasculares que impactam na qualidade de vida dos usuários.
- A médica em seu atendimento incluirá um exame clínico apropriado dos usuários diabéticos em busca de sinais de comprometimento cardiovascular e neurológico, tomando a conduta necessária em cada caso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento:

- Discutir em reunião de ESF o protocolo de atendimento que permita que os membros de ESF conheçam como se faz um bom exame clínico sendo esse o principal elemento que os profissionais possuem para determinar se o tratamento de saúde empregado está ou não adequado para o usuário em questão.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde;
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento:

- A enfermagem fará revisões dos prontuários e definirá seguindo o protocolo se há necessidade de solicitar a realização de novos exames.
- A médica indicará os exames laboratoriais, de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, para fazer uma avaliação de cada usuário.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

- Estabelecer sistemas de alerta para a solicitação de exames de acordo com o protocolo.

Detalhamento:

- A médica de acordo com o protocolo de atendimento tomará medidas para melhor controle clínico.
- A médica de acordo a que protocolo definirá a periodicidade dos exames a serem realizados.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames físico completo;
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames.

Detalhamento:

- A enfermagem incluirá a importância da realização de exames físico adequado como tema de palestra em sala de espera.
- Os agentes comunitários em suas visitas aos usuários hipertensos enfatizarão a importância da realização de exame físico em dia.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento:

- Na reunião de equipe será realizada capacitação quanto a protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde;
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento:

- A enfermagem revisara os prontuários e definira seguindo o protocolo de atendimento de usuários diabéticos se tem os com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.
- A médica indicara os exames laboratoriais de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde para fazer uma avaliação de cada usuário.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

- Estabelecer sistemas de alerta para a solicitação de exames de acordo com o protocolo.

Detalhamento:

- A médica de ESF de acordo com u protocolo de atendimento tomara medidas para melhor controle clínico.
- A médica de acordo a que protocolo definira periodicidade dos exames a serem realizados.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento:

- A enfermagem incluirá como tema da palestra a importância da periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Os ACS em sua vistas aos usuários hipertensos a enfatizaram a importância darealização de exames complementares em dia.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento:

- Em reunião de ESF serão capacitados pôr a Médica de equipo todos os membros em quanto a protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular/hiperdia.

Detalhamento:

- A médica sempre que seja recomendado prescreverá em u tratamentos os medicamentos existentes em farmácia popular, para garantir a continuidade de tratamento e diminuir u abandono de tratamento pôr os custos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

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

Detalhamento:

- A médica de ESF de conjunto com enfermagem de forma mensal revisou u estoque de medicamento e definiram sua validade tomando em conta as características de os usuários e sua resposta à os tratamentos impostos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento:

- A enfermagem em as palestras incluirá a orientação aos usuários e seus familiares quanto a existência destes programas, a fim de garantirmos o acesso dos usuários aos seus medicamentos.
- A médica incentivará a adesão ao tratamento, para o controle efetivo da doença.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento:

- A médica em reunião de ESF vai realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão; os agentes de saúde, em especial, poderão orientar à comunidade quanto à importância do acesso aos medicamentos junto à farmácia popular/hiperdia.

META 2.6:

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular/hiperdia.

Detalhamento:

- A médica sempre que seja recomendado prescreverá em u tratamentos os medicamentos existentes em farmácia popular, para garantir a continuidade de tratamento e diminuir u abandono de tratamento pôr os custos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

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

Detalhamento:

- A médica de ESF de conjunto com enfermagem de forma mensal revisou u estoque de medicamento e definiram sua validade tomando em conta as características de os usuários e sua resposta aos tratamentos impostos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento:

- A enfermagem em as palestras incluirá a orientação aos usuários e seus familiares quanto a existência destes programas, a fim de garantirmos o acesso dos usuários aos seus medicamentos.
- A médica incentivará a adesão ao tratamento, para o controle efetivo da doença.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Realizar atualização do profissional no tratamento do diabetes;

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

Detalhamento:

- A médica em reunião de ESF vai realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão; os agentes de saúde, em especial, poderão orientar à comunidade quanto à importância do acesso aos medicamentos junto à farmácia popular/hiperdia.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

- A médica explicou aos usuários a importância de atendimento odontológico e os encaminhou para a consulta de dentista.
- A enfermagem de conjunto com assistente de odontologia organizaram a ordem de prioridade de atendimentos dos usuários, tendo em conta aqueles usuários que há mais de 05 anos não realizaram avaliação odontológica.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

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

Detalhamento:

- A assistente de dentista organizou a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de

atendimento odontológico de medidas fundamentais para a absorção da demanda dos usuários que necessitam atendimento odontológico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal dos hipertensos.

Detalhamento:

- Os ACS auxiliarão na educação e orientação da comunidade sobre a importância de se tratar os dentes.
- A enfermagem incluirá como tema em as palestras a importância de realizar avaliação da saúde bucal dos hipertensos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento:

- A dentista do ESF e a Medica realizarão palestra a ESF para definir os aspectos a avaliar para definir os usuários com prioridade na atenção.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

- A médica explicara aos usuários a importância de atendimento odontológico e os encaminhara a consulta de dentista.

- A enfermagem de conjunto com assistente de odontologia organizarão uma ordem de prioridade de atendimentos de os usuários, tendo em conta aqueles usuários que há mais de 05 anos não realizaram avaliação odontológica.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

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

Detalhamento:

- A assistente de dentista organizara a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico de medidas fundamentais para a absorção da demanda dos usuários que necessitam atendimento odontológico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal dos diabéticos.

Detalhamento:

- Os ACS auxiliarão na educação e orientação da comunidade sobre a importância de se tratar os dentes.
- A enfermagem incluirá como tema em as palestras a importância de realizar avaliação da saúde bucal dos hipertensos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento:

- A dentista de ESF e a Medica realizarão palestra para definir os aspetos a avaliar para definir os usuários com prioridade na atenção

OBJETIVO 03: Melhorar a adesão dos usuários hipertensos e/ou diabéticos às ações do ESF.

META 3.1: Realizar busca ativa de 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento:

- A enfermagem revisara os prontuários para determinar os usuários faltosos à consulta, lembrando que tem um período de cinco meses que não tem médica na unidade de saúde o que incrementa os usuários faltosos.
- Os ACS visitaram os usuários faltosos e agendaram consulta de acordo as necessidades de saúde de cada usuário em coordenação com a enfermagem. Além disso, mostra-se importante o trabalho de educação do usuário, explicando ao mesmo que não se deve faltar a consulta sem motivo relevante.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos;
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

- Os ACS em as visitas domiciliares pesquisarão os usuários hipertensos em busca de data de consulta, os quais serão notificados a enfermagem para seu seguimento
- A enfermagem remarcar à consulta, tentando buscar um horário em que o mesmo não irá faltar.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento:

- ESF em reunião com a comunidade informar sobre a importância de realização das consultas ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos hipertensos.
- A enfermagem e médica incluíram em as palestras a importância do comparecimento às consultas e sua periodicidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento:

- Incluir em reuniões de trabalho de ESF temas sobre a importância de realização das consultas os ACS, novamente, mostra-se principal instrumento que temos para a educação e promoção à saúde.
- Os ACS em suas visitas domiciliares devem buscar e questionar os usuários sobre quanto tempo faz que este não realize a consulta de rotina no ESF, para verificar a adesão ao tratamento proposto.

META 3.2: Realizar busca ativa de 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento:

- A enfermagem revisara os prontuários para determinar os usuários faltosos à consulta, lembrando que tem um período de cinco meses que não tem médica na unidade de saúde o que incrementa os usuários faltosos.
- Os ACS visitaram os usuários faltosos e agendaram consulta de acordo as necessidades de saúde de cada usuário em coordenação com a enfermagem. Além disso, mostra-se importante o trabalho de educação do usuário, explicando ao mesmo que não se deve faltar a consulta sem motivo relevante.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos;
- Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

- Os ACS em as visitas domiciliares pesquisaram a os usuários hipertensos em busca de data de consulta, os quais serão notificados à enfermagem para seu seguimento.
- A enfermagem remarcar a consulta, tentando buscar um horário em que o mesmo não irá faltar.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento:

- ESF em reunião com a comunidade informar sobre a importância de realização das consultas ouvira a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos diabéticos.

- A enfermagem e médica incluíram em as palestras a importância do comparecimento às consultas e sua periodicidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento:

- Incluir em reuniões de trabalho de ESF temas sobre a importância de realização das consultas os ACS, novamente, mostra-se principal instrumento que temos para a educação e promoção à saúde.
- Os ACS em suas visitas domiciliares devem buscar e questionar os usuários sobre quanto tempo faz que este não realize a consulta de rotina no ESF, para verificar a adesão ao tratamento proposto.

OBJETIVO 04: Melhorar o registro das informações sobre as ações desenvolvidas com os usuários hipertensos e/ou diabéticos

META 4.1: Manter o registro na ficha de acompanhamento em 100% dos hipertensos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento:

- A enfermeira deverá verificar se todos usuários hipertensos que possuem registros e fichas de acompanhamento atualizadas e com as informações essenciais para o atendimento.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

- Manter as informações do SIAB atualizadas;

- Implantar a ficha de acompanhamento;
- Pactuar com a equipe o registro das informações;
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros;
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento:

- A enfermagem atualizará o SIAB uma vez por semana é extremamente necessário para podermos ter o perfil de nossas ações em saúde. Implantar a ficha de acompanhamento, junto com a equipe através de pactuação se faz importante para possuímos novos e melhores indicadores da saúde deste grupo de usuários.
- Cada ACS tem a responsabilidade pelo monitoramento dos registros é a ação que garante a permanência e qualidade do registro implantado para cada um de seus usuários.
- A médica em conjunto com os demais integrante da equipe organizará um sistema de registro prático

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento:

- A ESF organizará palestra para orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

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

Detalhamento:

- A ESF em reunião de trabalho estudara o referente a protocolo de atendimento de os usuários hipertensos defendendo a estratégia de trabalho de equipe.

META 4.2: Manter o registro na ficha de acompanhamento em 100% dos diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento:

- A enfermeira deverá verificar se todos usuários diabéticos que possuem registros e fichas de acompanhamento atualizadas e com as informações essenciais para o atendimento.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

- Manter as informações do SIAB atualizadas;
- Implantar a ficha de acompanhamento;
- Pactuar com a equipe o registro das informações;
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros;
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento:

- A enfermagem atualizará o SIAB uma vez por semana é extremamente necessário para podermos ter o perfil de nossas ações em saúde. Implantar a ficha de acompanhamento, junto com a equipe através de pactuação se faz importante para possuímos novos e melhores indicadores da saúde deste grupo de usuários.
- Cada ACS tem a responsabilidade pelo monitoramento dos registros é a ação que garante a permanência e qualidade do registro implantado para cada um de seus usuários.
- A médica em conjunto com os demais integrante da equipe organizará um sistema de registro prático

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:

- A ESF organizará palestra para orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento:

- A ESF em reunião de trabalho estudara o referente a protocolo de atendimento de os usuários diabéticos defendendo as estratégias de trabalho de equipe.

OBJETIVO 05: Realizar avaliação de risco cardiovascular, mapeando hipertensos e diabéticos.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento:

- A enfermagem de ESF revisara u 100% de os prontuários de os usuários para determinar os usuários com estratificação de risco cardiovascular.
- A enfermagem de conjunto com os agentes comunitários citara para consultas aos usuários que pelo menos não tem uma verificação da estratificação de risco por ano.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

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

Detalhamento:

- A enfermagem e a médica definiram u ordem de atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Os ACS serão os responsabilizados com fazer as vistas a os usuários e comunicar a data de consulta.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento:

- A médica incluirá como tema em as palestras e reuniões de usuários com doenças crônicas, a importância do acompanhamento regular e controle de fatores de risco modificáveis.
- A totalidade de os membros de ESF devem de realizar de forma constante a conscientização e educação de nossos usuários para a importância da transformação dos fatores de risco modificáveis, como a alimentação e a obesidade, por exemplo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento:

- A médica capacitara a totalidade de os membros de ESF para que conheçam como se faz a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, assim como sua importância;
- Será realizada de forma pratica a revisão da escala de Framingham para sua melhor aplicação pelos membros de ESF.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento:

- A enfermagem de ESF revisara u 100% de os prontuários de os usuários para determinar os usuários com estratificação de risco cardiovascular.
- A enfermagem de conjunto com os ACS citara para consultas a os usuários que pelo menos não tem uma verificação da estratificação de risco por ano.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

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

Detalhamento:

- A enfermagem e a médica definiram u ordem de atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
Os ACS serão os responsabilizados com fazer as vistas a os usuários e comunicar a data de consulta.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento:

- A médica incluirá como tema em as palestras e reuniões de usuários com doenças crônicas, a importância do acompanhamento regular e controle de fatores de risco modificáveis.
- A totalidade de os membros de ESF devem realizar de forma constante a conscientização e educação de nossos usuários para a importância da transformação dos fatores de risco modificáveis, como a alimentação e a obesidade, por exemplo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação;
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento:

- A médica capacitará a totalidade de os membros de ESF para que conheçam como se faz a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, assim como sua importância
- Será realizada de forma pratica a revisão da escala de Framingham para sua melhor aplicação pelos membros do ESF.

OBJETIVO 06: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento:

- A nutricionista de u NASF em reunião de ESF dará palestra para que todo equipe conheça a importância de uma boa orientação nutricional.
- Serão revisados os prontuários e definidos os usuários que tem um IMC por encima de 30 e serão encaminhados para consulta com nutricionista.
- Em cada consulta será avaliado u estado nutricional de cada usuário e corrigidos de acordo as necessidades.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento:

- Em reunião de grupo de usuários com doenças crônicas serão organizadas práticas coletivas sobre alimentação saudável
- ESF tomara em seu trabalhomedidas extremamente importantes e que deverão ser brevemente adotadas, visto seu baixo custo e potencial impacto

positivo na melhora da qualidade de vida dos usuários e redução do risco cardiovascular.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento:

- Em reunião de grupo de usuários com doenças crônicas serão organizadas práticas coletivas sobre alimentação saudável com a participação de usuários e familiares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento:

- A nutricionista de u NASF em reunião de ESFA dará palestra para que toda equipe conheça a importância de uma boa orientação nutricional.
- Divulgar em pôster a importância da alimentação saudável

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento:

- A nutricionista de u NASF em reunião de ESF dará palestra para que toda equipe conheça a importância de uma boa orientação nutricional.
- Serão revisados os prontuários e definidos os usuários que tem um IMC por encima de 30 e serão encaminhados para consulta com nutricionista.

- Em cada consulta será avaliado o estado nutricional de cada usuário e corrigidos de acordo as necessidades.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável;
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento:

- Em reunião de grupo de usuários com doenças crônicas serão organizadas práticas coletivas sobre alimentação saudável;
- ESF tomara em seu trabalho medidas extremamente importantes e que deverão ser brevemente adotadas, visto seu baixo custo e potencial impacto positivo na melhora da qualidade de vida dos usuários e redução do risco cardiovascular.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento:

- Em reunião de grupo de usuários com doenças crônicas serão organizadas práticas coletivas sobre alimentação saudável com a participação de usuários e familiares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento:

- A nutricionista de u NASF em reunião de ESFA dará palestra para que todo equipe conheça a importância de uma boa orientação nutricional.
- Divulgar em pôster a importância da alimentação saudável

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento:

- Em conjunto com a comunidade serão planejadas atividades físicas a serem definidas por calendário e com o auxílio de outros profissionais convidados, tais como educadores físicos e/ou fisioterapeutas.
- Incluir em as palestras a importância da atividade física regular aos hipertensos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física;
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento:

- ESF organizará práticas coletivas para orientação de atividade física
- Em cada consulta a médica e enfermagens explicaram a importância da atividade física como instrumento importante para melhor impacto na qualidade vida e mudança de estilo de vida, contudo, deverá ser realizada de maneira séria e responsável e em conjunto com profissionais qualificados.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento:

- Em reunião de grupo de usuários com doenças crônicas serão organizadas práticas coletivas sobre a importância da prática de atividade física regular com participação de usuários e familiares.
- Os ACS deverão educar de maneira correta nossos usuários insistindo em a importância da prática de atividade física regular.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

- A médica em reunião de ESF dará palestra para que toda equipe conheça a importância de uma prática de atividade física regular
- Será agendada atividade de educação envolvendo educador físico convidado e/ou fisioterapeuta, com a participação de toda a equipe.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento:

- Em conjunto com a comunidade serão planejadas atividades físicas a serem definidas por calendário e com o auxílio de outros profissionais convidados, tais como educadores físicos e/ou fisioterapeutas.

- Incluir em as palestras a importância da atividade física regular aos usuários diabéticos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física;
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento:

- ESF organizará práticas coletivas para orientação de atividade física
- Em cada consulta a médica e enfermagens explicaram a importância da atividade física como instrumento importante para melhor impacto na qualidade vida e mudança de estilo de vida, contudo, deverá ser realizada de maneira séria e responsável e em conjunto com profissionais qualificados.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento:

- Em reunião de grupo de usuários com doenças crônicas serão organizadas práticas coletivas sobre alimentação saudável com a participação de usuários e familiares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

- A médica em reunião de ESF dará palestra para que todo equipe conheça a importância de uma prática de atividade física regular

- Será agendada atividade de educação envolvendo educador físico convidado e/ou fisioterapeuta, com a participação de toda a equipe.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento:

- Serão realizadas atividades de grupo com a participação de profissionais convidados, tais como fisioterapeutas respiratórios e médico pneumologista, a fim de conscientizarmos aos usuários sobre os importantes riscos e malefícios a saúde causada pelo consumo de tabaco.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

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

Detalhamento:

- Realizar reunião de trabalho entre os quatro ESF com a presença dos quatro médicos para tentarmos sensibilizar o gestor e demais autoridades do município quanto à importânciada compra do tratamento anti tabaco.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento:

- Em reunião de grupo de usuários com doenças crônicas serão organizadas práticas coletivas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e sua importância para La saúde individual e coletiva, importante

medida para evitarmos sequelas e complicações importantes ao sistema cardiovascular de nossos usuários.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento:

- Será realizada capacitação interna e a adoção de uma metodologia para realizarmos as orientações aos usuários tabagistas, com a participação de todos os membros ESF.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento:

- Serão realizadas atividades de grupo com a participação de profissionais convidados, tais como fisioterapeutas respiratórios e médico pneumologista, a fim de conscientizarmos aos usuários sobre os importantes riscos e malefícios a saúde causada pelo consumo de tabaco.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

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

Detalhamento:

- Realizar reunião de trabalho entre os quatro ESF com a presença dos quatro médicos para tentarmos sensibilizar o gestor e demais autoridades do município quanto à importante compra do tratamento anti-tabaco.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento:

- Em reunião de grupo de usuários com doenças crônicas serão organizadas práticas coletivas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e sua importância para a saúde individual e coletiva, importante medida para evitarmos sequelas e complicações importantes ao sistema cardiovascular de nossos usuários.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento:

- Será realizada capacitação interna e a adoção de uma metodologia para realizarmos as orientações aos usuários tabagistas, com a participação de todos os membros ESF.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento:

- A dentista de ESF dará uma capacitação de toda a equipe quanto a orientação de higiene bucal aplicada aos usuários hipertensos, com todas as suas especificações.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

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

Detalhamento:

- A assistente de dentista organizara u atendimento individual que permita seu atendimento odontológico e uma boa orientação sobre a higiene bucal de cada usuário.
- Será organizado este processo, de acordo com as necessidades encontradas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento:

- Em reunião de grupo de usuários com doenças crônicas serão organizadas práticas coletivas sobre a sobrea importância da higiene bucal.
- Educação permanente de usuários e familiares a qual deve ser realizada por toda a equipe, em especial pelos agentes de saúde em suas visitas domiciliares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento:

- A dentista em reunião de ESF dará palestra para que todo equipe conheça como oferecer orientações de higiene bucal.
- Será agendada atividade de educação e demonstrativas de como oferecer orientações de higiene bucal envolvendo todos os membros de ESF e usuários.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento:

- A dentista de ESF dará uma capacitação de toda a equipe quanto a orientação de higiene bucal aplicada aos usuários hipertensos, com todas as suas especificações.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

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

Detalhamento:

- A auxiliar de saúde bucal organizará o atendimento individual que permita seu atendimento odontológico e uma boa orientação sobre a higiene bucal de cada usuário.
- Será organizado este processo, de acordo com as necessidades encontradas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento:

- Em reunião de grupo de usuários com doenças crônicas serão organizadas práticas coletivas sobre a importância da higiene bucal.
- Educação permanente de usuários e familiares a qual deve ser realizada por toda a equipe, em especial pelos agentes de saúde em suas visitas domiciliares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento:

- A dentista em reunião de ESF dará palestra para que toda equipe conheça como oferecer orientações de higiene bucal.
- Será agendada atividade de educação e demonstrativas de como oferecer orientações de higiene bucal envolvendo todos os membros de ESF e usuários.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

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

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 3.1: Buscar 100% do hipertenso faltoso 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% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos

hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Depois de definir o foco de intervenção, definidos objetivos, metas, ações e justificativas para a sua intervenção, vamos realizar um passo muito importante, o plano de logística, que detalhará como a intervenção na prática será realizada no cotidiano dos nossos serviços.

Para realizar a intervenção, vamos adotar como protocolo o (Caderno de Atenção Básica de Hipertensão e o de Diabetes do Ministério da Saúde do ano 2013). Para registro dos dados cadastros dos usuários será adotada a ficha espelho do curso (vide ANEXO C, na página 111). Faremos contato com o gestor municipal para a impressão das fichas espelho. Para o acompanhamento da intervenção será utilizada a planilha de coleta de dados (vide ANEXO B, na página 110) do curso que nos permite acompanhar a intervenção por meio de indicadores mensais. É importante lembrar que o referido trabalho realizado a partir deste programa de especialização está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (vide ANEXO A, na página 109).

Para organizar o registro específico do programa, o enfermeiro revisará os prontuários de usuários identificando todos os usuários que procuraram nosso serviço para atendimentos devido hipertensão e/ou diabetes nos últimos três meses. Serão localizados esses prontuários e se transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha complementar. Ao mesmo tempo, será realizado o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, de atendimentos com o dentista e nos exames complementares.

A análise situacional e a definição de meu foco de intervenção já foram discutidos com a equipe da ESF. Assim começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Protocolo e Manual Técnico de Hipertensão e Diabetes para que toda a equipe utilize esta referência na atenção a usuários Hipertensos e Diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na ESF uma vez por semana, à tarde, no mesmo dia das reuniões da equipe e será facilitada pela médica e/ou pelo enfermeiro, que explicara a toda equipe sobre o manual técnico, debatendo cada ponto do manual e sanando dúvidas.

O acolhimento dos usuários que buscam atendimentos em nosso serviço será realizado por nossa equipe de enfermagem, sendo que os usuários com sintomas de hipertensão arterial e/ou diabetes serão atendidas no mesmo dia pela médica; assim se ampliará o cadastramento. Os usuários com sintomas agudos serão atendidos com prioridade no mesmo turno para agilizar o diagnóstico da doença e suas complicações, assim como seu tratamento. Os usuários que procuram a unidade em busca de consultas de rotina, medicamentos, avaliação de exames laboratoriais, teste rápido de glicemia e verificação da pressão arterial terão prioridade no agendamento sem ter necessidade de esperar o dia de grupo.

A equipe realizará contato com os moradores e representantes da comunidade no salão paroquial e nas escolas do interior da área de abrangência, onde será apresentado o projeto esclarecendo a importância da realização das consultas de hipertensos e diabéticos, assim como pesquisa de novos casos na população de risco. Solicitaremos apoio da comunidade para ampliar a captação de novos casos e orientação sobre a importância e necessidade que tem a priorização dos atendimentos deste grupo populacional.

Semanalmente, a médica e o enfermeiro examinarão as fichas de espelho identificando aqueles que assistem as consultas, exames clínico, exames laboratoriais ou de seguimento por outras especialidades (oftalmologista, nefrologistas, vascular e cardiologista). Os ACS, em seu trabalho de visitas domiciliares, buscarão ativamente todos hipertensos e diabéticos que ainda não compareceram a consulta, sendo cadastrados e agendadas as consultas, ao final de cada mês a ficha de espelho se consolidará com a planilha manual.

A médica, o enfermeiro e os agentes comunitários realizarão as visitas domiciliares uma vez por semana no turno da tarde com o objetivo de fazer o cadastramento de usuários hipertensos e diabéticos em nossa área de abrangência.

Será solicitado ao gestor municipal para a disponibilização de um veículo seguro que nos permitirá a realização das visitas domiciliares com mais frequência.

A médica e o enfermeiro, nos dias de consultas de hipertensos e diabéticos realizarão as orientações preenchidas na ficha de espelho e na planilha manual. Também planejarão encontro com usuários de risco, e falarão sobre os riscos destas doenças e suas complicações assim como também as formas de prevenção.

A equipe de odontologia realizará o registro onde agendarão os usuários hipertensos e diabéticos em qualquer turno para proporcionarem o atendimento odontológico de forma prioritária, em caso que se fizer necessário, independentemente dos dias de atendimento de grupo.

A médica e o enfermeiro planejarão a realização de exames complementares de três em três meses nos casos de usuários descompensados e de seis em seis meses nos casos de usuários compensados, particularizando em cada usuário as suas necessidades.

Com a participação e apoio dos profissionais do NASF e os integrantes da equipe de saúde da família, serão planejadas palestras e encontros com usuários e familiares para capacitar sobre como deve ser a alimentação dos usuários Hipertensos e Diabéticos, bem como a importância da atividade física adequada. Serão registradas fotograficamente as atividades de orientação, quando possível, a partir do consentimento dos usuários e assinatura do termo de uso de imagem (vide ANEXO D, na página 111).

3 Relatório da Intervenção

Chegamos ao final de nossa intervenção. Na realidade, não ao final, porque a mesma irá continuar, e de maneira automática, fazer parte da rotina de nossa unidade de saúde da família. Impossível não dar continuidade a essa experiência de modificar e melhorar o processo de trabalho. Ainda que em muitos aspectos que objetivamos modificar infelizmente ainda não mudaram, mas acreditamos que com o tempo e a perseverança da equipe, certamente, estes resultados serão alcançados.

Neste relatório buscaremos analisar as doze semanas de intervenção, realizando o fechamento deste trabalho, examinando as necessidades de correção de trajetória, quando necessário e afirmando boas práticas, quando nossas ações contemplaram nossos objetivos iniciais.

A seguir iremos explicar eixo por eixo propostos pela intervenção, as ações previstas e desenvolvidas, além das facilidades e dificuldades e se as mesmas foram cumpridas integral ou parcialmente.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Inicialmente observamos a necessidade de organizar e gerir melhor o serviço, capacitando os profissionais para a intervenção, familiarizando-os com o protocolo a ser aplicado, seus objetivos e metas. Para isso foram realizadas reuniões com a equipe, sendo a primeira delas na primeira semana de intervenção, onde participaram o enfermeiro coordenador, a auxiliar de enfermagem, a dentista e a auxiliar de saúde bucal. A maioria das reuniões seguintes foram realizadas durante as reuniões de equipe, nas sextas-feiras, com a participação dos agentes comunitários de saúde, profissionais essenciais para a realização de busca ativa àqueles usuários faltosos, que não comparecem ao ESF há muitos anos e nunca vem verificar a pressão arterial.

Dentre as facilidades encontradas neste processo de organização e gestão do serviço para a intervenção, posso destacar a receptividade da maioria dos profissionais em aderir à capacitação, ao aprendizado do protocolo e a sua aceitação para a realização da intervenção.

Dentre as dificuldades, entendo que não houve neste ponto grandes problemas, mas algo que poderia ter sido realizado, também, era o chamamento da comunidade para a explicação da intervenção, seus objetivos e ações. Conseguimos apenas conversar um pouco sobre o projeto com o representante local da terceira idade (também integrante do conselho municipal de saúde). Entretanto, lembro que naquela época não tínhamos o tempo necessário para convidar aos usuários a tirarem suas dúvidas quanto ao protocolo a ser utilizado na intervenção. Também poderíamos ter disponibilizado material visual para que nossos ACS explicassem melhor a hipertensão arterial e o diabetes aos usuários. Apesar disso, acredito que este quesito foi contemplado integralmente, pois conseguimos que o projeto de intervenção fosse conhecido por todos os trabalhadores da unidade e os mesmos decidiram participar.

Em relação ao Monitoramento e Avaliação, estes quesitos foram sendo construídos desde os primeiros dias até o último dia da intervenção, através do cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e a digitação e acompanhamento periódico dos mesmos na planilha disponibilizada pelo curso. Entendo que este ponto é um dos mais importantes da intervenção, porque é a partir do mesmo que entramos em contato com o usuário e realizamos a investigação de sua condição clínica, e a história de seu quadro clínico atual.

Após consultar os registros dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade, infelizmente, percebemos que esta tarefa foi concluída parcialmente, pois foi realizado o cadastro de 38,2% de usuários hipertensos e 36,7% de diabéticos. Além disso, um fato que agravou em muito a qualidade deste item foi o baixo número de visitas domiciliares realizadas. Fato justificado às vezes pela falta de um dos enfermeiros para a condução do veículo; outras vezes pela falta do veículo. Outro fato que prejudicou a saída da equipe para as buscas ativas por visitas domiciliares foi a campanha de vacinação contra a gripe, que ocorreu nas últimas semanas de intervenção, fato que impediu os profissionais de realizarem as visitas devido ao alto fluxo de usuários na unidade. Outra questão importante a ser

levada em consideração é que o enfermeiro coordenador entrou em licença-saúde, nas últimas semanas de intervenção.

Referente ao Engajamento Público, este se deu por intermédio da mobilização dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, a partir da busca ativa dos ACS e também da participação dos familiares destes usuários, especialmente aqueles mais idosos e debilitados, sendo que muitos destes compareceram com seus familiares, para a avaliação clínica, cadastramento e para a participação na palestra do grupo de hipertensos e diabéticos. Apesar disso, acredito que estas ações deram-se de modo parcial. Acredito que este quesito ficou prejudicado porque não realizamos, no início da intervenção, uma reunião com a comunidade, a fim de pedir as mesmas opiniões sobre as suas necessidades e suas demandas referentes ao objeto da intervenção, com o objetivo de estimular a participação social.

Dentre as ações de engajamento público podemos destacar a participação de um número considerável de usuários previamente hipertensos e diabéticos no grupo de orientações, sendo o último grupo realizado em março passado, quando estava de férias em Cuba. Os grupos de hipertensos e diabéticos são organizados e sistematizados dentro do cronograma da unidade para serem realizados a cada quatro meses; o mesmo é realizado desta maneira há muitos anos, sendo de preferência dos próprios usuários que assim ocorra, comentou uma vez para mim o enfermeiro coordenador da unidade. Foi-me informado que há uns dois anos atrás os grupos de hipertensos e diabéticos eram mensais, mas que dessa forma os usuários não compareciam nos dias de grupo. Talvez seja pelo motivo da colheita das culturas plantadas no município.

Os grupos atualmente são organizados por micro áreas. Foram realizadas palestras de orientação sobre os seguintes temas a obesidade: sua relação com a hipertensão arterial e o diabetes (vide apêndice A, página XXX). O mesmo realizou a palestra, verificou o peso e altura, mensurou o (IMC), marcou aqueles que estavam no índice de obesidade e verificou a pressão arterial de cada um dos participantes. A glicemia capilar não foi verificada nos dias de grupo, porque é verificada às sextas-feiras, rotineiramente.

No eixo Qualificação da Prática Clínica as ações foram efetivadas integralmente, com a realização de vários momentos de capacitação, sendo a maioria realizada para os agentes comunitários de saúde, visto que esses são os personagens fundamentais para o sucesso da intervenção. Uma dessas

capacitações foi realizada pela equipe de enfermagem durante o curso introdutório para novos agentes comunitários de saúde, onde foi novamente abordada as questões referentes às patologias, diagnóstico e tratamento da HAS e DM. Como recursos visuais, foi utilizado notebook para a apresentação dos slides criados exclusivamente para a apresentação desse conteúdo. Como referência, foi utilizado o Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde do Ministério da Saúde de 2009.

Vale ressaltar que, até o início da intervenção, a atenção prestada aos usuários hipertensos e diabéticos da unidade resumia-se nas consultas médicas e de enfermagem, e no registro dos mesmos num cadastro que até então estava desatualizado, pois muitos usuários não estavam cadastrados. Havia grupo de hipertensos e diabéticos, mas que era realizado muitas vezes apenas verificando-se as cifras da pressão arterial e glicemia capilar, não realizando-se as orientações. Os agentes comunitários de saúde pouco atuavam nestas ações voltadas aos hipertensos e diabéticos. Assim, acredito que a intervenção merece ser reconhecida como elemento que uniu a equipe, melhorou a qualidade das ações desenvolvidas para estes usuários e principalmente atuou organizando a assistência prestada.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Podemos considerar que boa parte das ações previstas de orientação a comunidade e escuta sobre a maneira de realizar a atenção aos hipertensos e diabéticos e buscando conhecer melhor as demandas da população realmente não aconteceu.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Durante a coleta e sistematização dos dados tive certa dificuldade inicial para lidar com o programa Excel. Não estava habituada. Mas com o passar do tempo, e com ajuda principalmente da orientadora, consegui resolver pequenos problemas quanto à tabulação dos dados e cálculo dos indicadores. A planilha se mostrou um instrumento muito importante que facilitou o entendimento da real situação de nossa área de abrangência quanto aos aspectos relacionados à hipertensão arterial e diabetes.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Após reunião com a equipe todos decidimos pela continuidade das ações realizadas durante a intervenção por considerar a importância desse cuidado integral. Conseguimos ver melhorias no serviço, na relação da equipe e o mais importante aos hipertensos e diabéticos que carecem desse cuidado de qualidade. Ainda temos aspectos que desejamos melhorar no cuidado prestado e sabemos que com a manutenção das ações na rotina do serviço, conseguiremos alcançar a todos.

4. Avaliação da Intervenção:

Primeiramente, vale lembrar que a composição da equipe do ESF Faxinal de Dentro manteve-se praticamente a mesma do início ao final da intervenção: um médico, uma dentista, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar de consultório odontológico, 06 agentes comunitários de saúde, uma recepcionista e uma servente. Uma das ACS pediu demissão, sendo que outra profissional foi selecionada e capacitada para ocupar sua vaga. De acordo com o antigo (e desatualizado) cadastro dos ACS, haviam 340 pessoas identificadas como hipertensas e 85 pessoas diabéticas. Desde o início do projeto da intervenção, a preocupação com o volume de serviço e o pequeno número de profissionais sempre preocupou-me. Além disso, um dos colegas ficou doente e permanece afastado, o que sem dúvida alguma prejudicou um pouco a intervenção.

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Seu primeiro objetivo foi ampliar a cobertura da atenção aos usuários com HAS e DM. Para isso, definiu-se a meta de cadastrar 80% dos usuários hipertensos (estimados em 395 usuários, no total) e diabéticos (estimados em 98 usuários, no total) da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde. Buscou-se uma porcentagem real, uma meta que pudesse ser realizável de acordo com as carências que a equipe possui, especialmente a falta de profissionais e de outros serviços de apoio.

A avaliação dos indicadores ao final de cada mês da intervenção permitiu uma leitura da sua evolução e seus resultados estão descritos a seguir.

4.1 Resultados

Ao final do primeiro mês, o número de hipertensos que foram cadastrados foi 44 (11,1%), elevou-se para 86 (21,8%) no segundo e contabilizou 147 (37,2%) no

terceiro e último mês da intervenção. Assim, a proporção de hipertensos residentes na área de abrangência do ESF Faxinal de Dentro cadastrados foi 37,2% ao final do estudo (Gráfico 01).

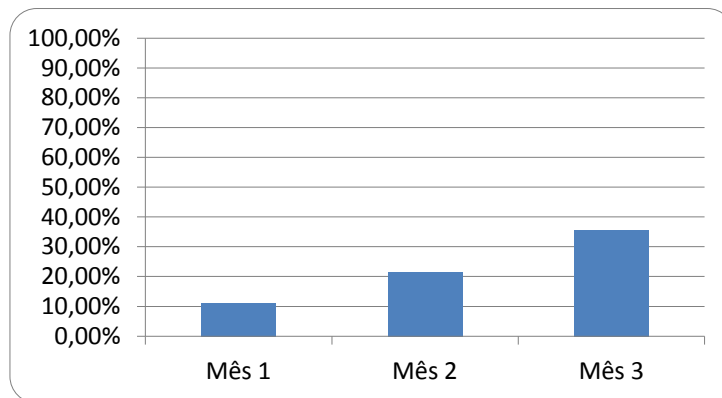


Gráfico 01: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.

Em relação aos usuários diabéticos, ao final do primeiro mês totalizaram 11 (11,2%)usuários cadastrados, no segundo 21 (21,4%) e no terceiro e último mês 35 (35,7%)usuários. Assim, a proporção de diabéticos residentes na área de abrangência do ESF Faxinal de Dentro cadastrados foi 35,7% ao final do estudo (Gráfico 02).

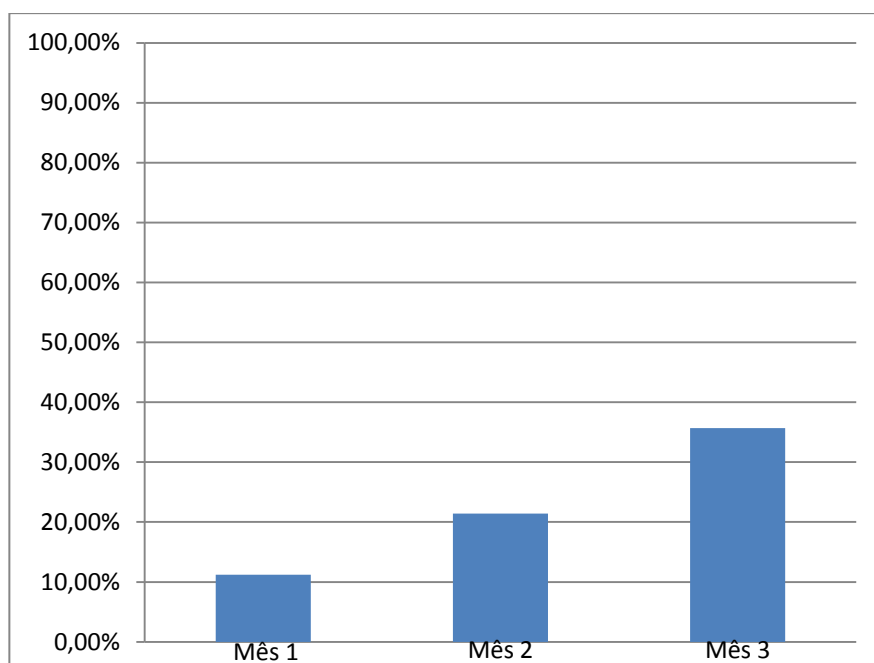


Gráfico 02: Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.

Infelizmente não conseguimos cumprir a meta proposta, para o primeiro objetivo, que era o cadastramento de 80% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos

existentes na área adstrita. Acredito que a este fato se deve, principalmente, a várias demandas que a unidade de saúde precisa atender, e dessa forma a busca ativa aos usuários torna-se prejudicada, muitas vezes até pela falta de veículo para as visitas domiciliares.

O segundo objetivo da intervenção era melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS e DM na unidade. Para isso, buscou-se a meta de realizar o exame clínico apropriado em 100% dos usuários hipertensos e 100% dos diabéticos.

Em relação aos hipertensos, podemos verificar, de acordo com o Gráfico 03, que dentre o total de usuários cadastrados no mês 01 (44), cerca de 34 (77,3%) usuários estavam com o exame clínico em dia; no mês 02 (onde foram cadastrados 86 usuários ao total) eram 76 (88,4%) usuários e no final da intervenção, no mês 03, cerca de 137 (93,2%) do total de 147 usuários cadastrados estavam com o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo.

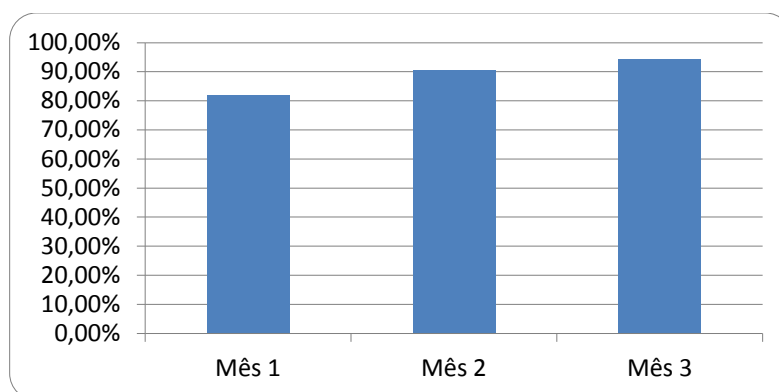


Gráfico 03: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.

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

De acordo com o Gráfico 04, que nos diz sobre os usuários diabéticos, da totalidade dos usuários cadastrados no mês 01 (11 usuários), cerca de 09 (81,8%) usuários estavam com o exame clínico em dia; no mês 02 (onde foram cadastrados 21 usuários ao total) eram 19 (90,5%) usuários e no final da intervenção, no mês 03, cerca de 33 (94,3%) do total de 35 usuários cadastrados estavam com o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo.

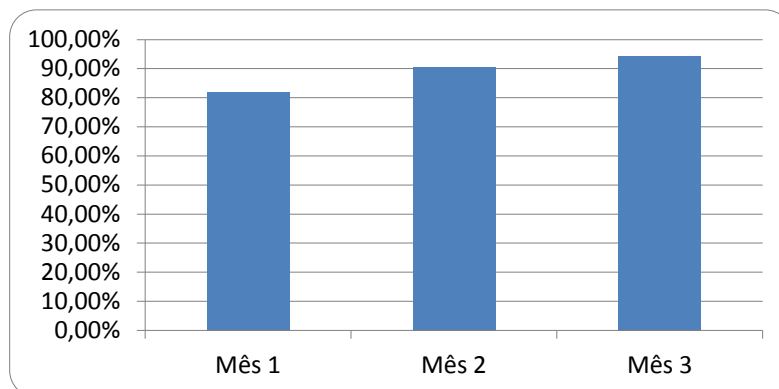


Gráfico 04: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.

Acredito que conseguimos ter sucesso nesta meta. Foi muito importante avaliar os usuários e alguns reavaliá-los, fazendo o exame clínico. Muitos usuários estavam com algum grau de dificuldade em seguir seu tratamento, e esta foi uma oportunidade muito rica de realizar os procedimentos necessários para a compensação de sua patologia.

A próxima meta, do objetivo de melhorar a qualidade da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos, era garantir a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Em relação aos hipertensos, podemos verificar, de acordo com o Gráfico 05, que dentre o total de usuários cadastrados no mês 01 (44 usuários), cerca de 33 (75%) usuários estavam com os exames complementares em dia; no mês 02 (onde foram cadastrados 86 usuários ao total) eram 75 (82%) usuários e no final da intervenção, no mês 03, cerca de 136 (92,5%) do total de 147 usuários cadastrados estavam com seus exames de rotina em dia, de acordo com o protocolo.

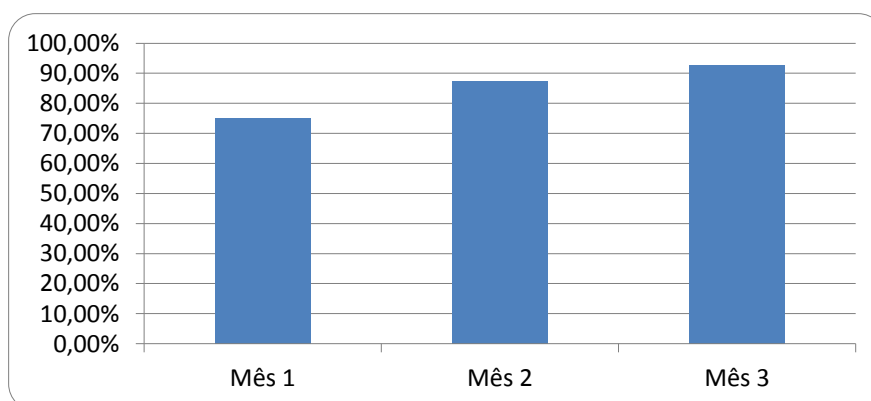


Gráfico 05: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.

Abaixo, o Gráfico 06 nos diz sobre os usuários diabéticos e os exames complementares em dia. Da totalidade dos usuários cadastrados no mês 01 (11 usuários), cerca de 09 (81,8%) usuários estavam com seus exames de rotina em dia; no mês 02 (onde foram cadastrados 21 usuários ao total) eram 19 (90,5%) usuários e no final da intervenção, no mês 03, cerca de 33 (94,3%) do total de 35 usuários cadastrados estavam com os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.

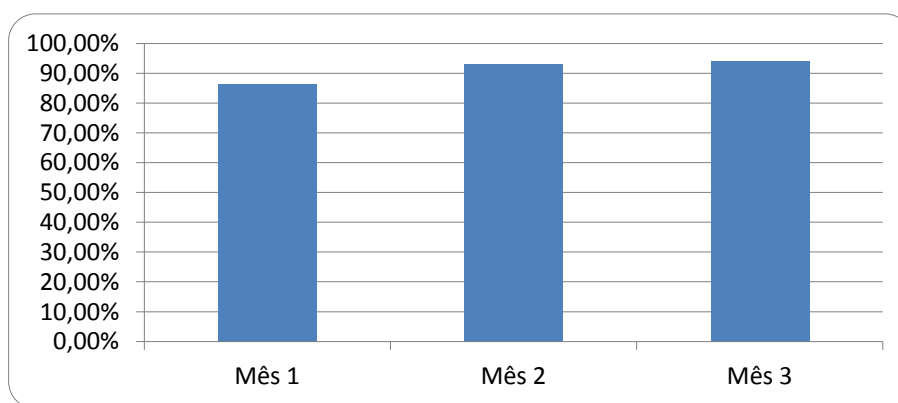


Gráfico 06: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.

Acredito que faltou pouco para colocarmos os exames complementares em dia para nossos usuários. Um fato importante a ser lembrado, que observei em meus diários, que entre os meses 02 e 03 houve uma mudança nas cotas de exames de rotina, sendo que alguns usuários não puderam realizá-los. Assim, acredito que poderíamos, caso as cotas dos exames não tivessem sido modificadas, ter alcançado 100% dos usuários.

Em relação a meta de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção dos usuários de nossa unidade foi uma meta importante. Em relação aos hipertensos, podemos verificar, de acordo com o Gráfico 07, que dentre o total de usuários cadastrados no mês 01 (44 usuários), cerca de 38 (86,5%) usuários puderam utilizar medicamentos da Farmácia Popular. Desses 38 usuários, cerca de 31 (81,6%) já estavam com a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. Cerca de 07 (18,4%) usuários foram

reavaliados e tinham indicação clínica para passar a tomar os remédios desse programa do Governo Federal do Brasil. No mês 02 (onde foram cadastrados 86 usuários ao total) eram 80 (93%) usuários com prescrição da Farmácia Popular e no final da intervenção, no mês 03, cerca de 138 (93,9%) do total de 147 usuários cadastrados já estavam desfrutando dos benefícios e comodidade dos medicamentos da Farmácia Popular. Cerca de 09 (6%) usuários não tinham indicação clínica para a troca de seus medicamentos, seja pela evolução de sua doença e/ou por indicação dos medicamentos pelo especialista.

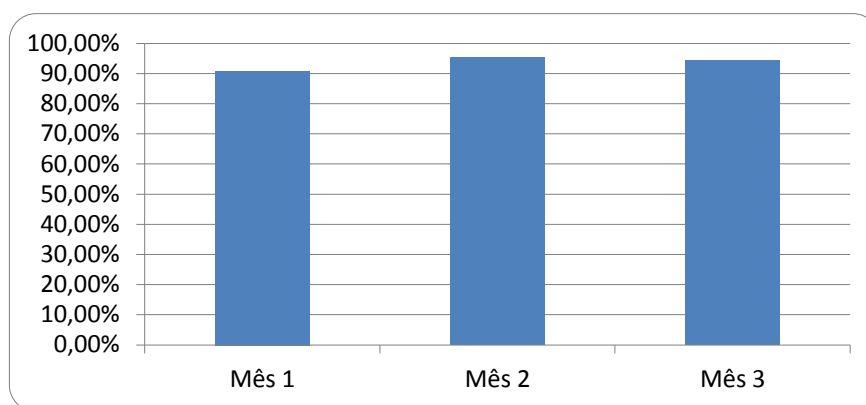


Gráfico 07: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.

Abaixo, o Gráfico 08 informa a questão dos usuários diabéticos e a priorização da prescrição dos medicamentos da Farmácia Popular. Da totalidade dos usuários cadastrados no mês 01 (11 usuários), cerca de 10 (90,9%) usuários estavam já utilizando remédios da Farmácia Popular. No mês 02 (onde foram cadastrados 21 usuários ao total) eram 20 (95,2%) usuários e no final da intervenção, no mês 03, cerca de 33 (94,3%) do total de 35 usuários cadastrados estavam desfrutando dos benefícios do programa do Governo Federal do Brasil Farmácia Popular. Da mesma maneira que o caso de alguns dos usuários hipertensos, cerca de 02 (5,7%) usuários não tinham a indicação clínica para a modificação de seus medicamentos para aqueles constantes na lista da Farmácia Popular.

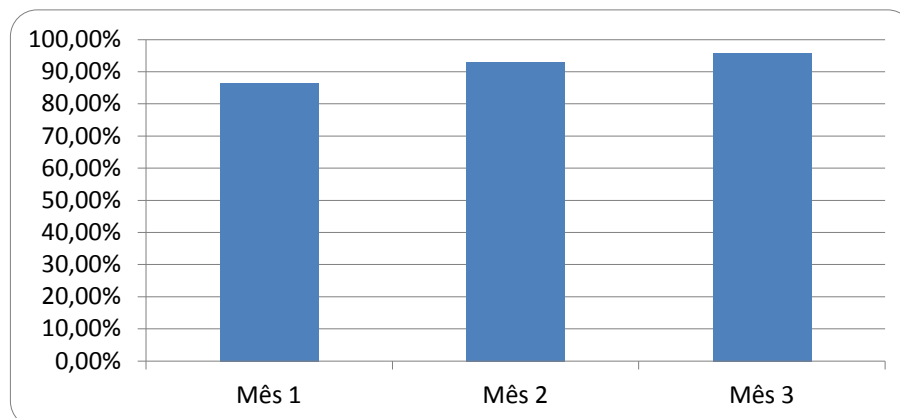


Gráfico 08: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.

A próxima meta proposta pela intervenção era realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos, objetivo muito importante para a melhora da qualidade de vida e de saúde dos usuários, visto que problemas relacionados à saúde bucal são muito comuns e muito relacionados a essas patologias.

Em relação aos hipertensos, podemos verificar, de acordo com o Gráfico 09, que dentre o total de usuários cadastrados no mês 01 (44), cerca de 38 (86,5%) usuários haviam recebido algum tipo de avaliação relacionada à saúde bucal, sejam encaminhados pelos ACS, médica e equipe de enfermagem ou pela equipe de odontologia; no mês 02 (onde foram cadastrados 86 usuários ao total) eram 76 (88,5%) usuários e no final da intervenção, no mês 03, cerca de 137 (93,2%) do total de 147 usuários cadastrados estavam devidamente avaliados e orientados em relação à saúde bucal.

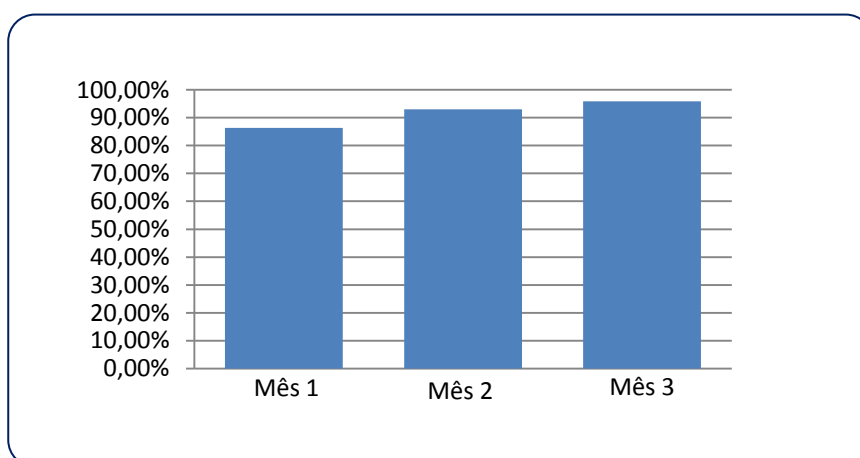


Gráfico 09: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.

Já os usuários diabéticos, de acordo com o Gráfico 10, que dentre o total de usuários cadastrados no mês 01 (11 usuários), cerca de 09 (81,9%) usuários haviam recebido algum tipo de avaliação relacionada à saúde bucal; no mês 02 (onde foram cadastrados 21 usuários ao total) eram 19 usuários e no final da intervenção, no mês 03, cerca de 33 (94,3%) do total de 35 usuários cadastrados estavam devidamente avaliados e orientados em relação à saúde bucal.

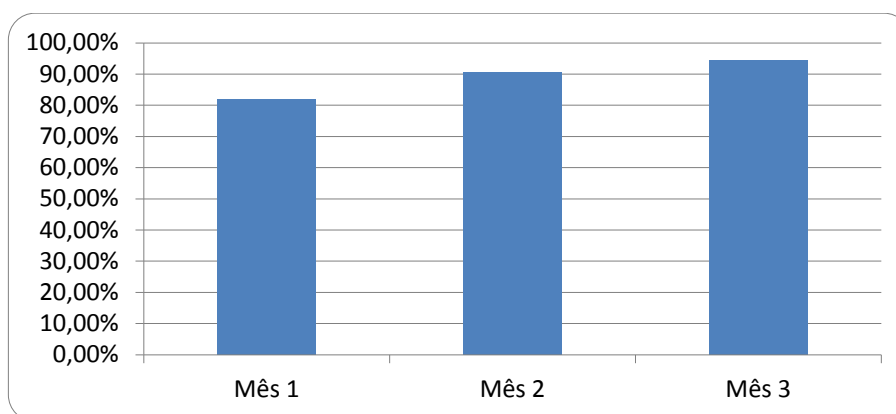


Gráfico 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.

Vejo que os esforços de toda a equipe, e não somente a equipe de odontologia, contribui muito para estes percentuais alcançados. Tivemos no início certa dificuldade para a adesão ao usuário no comparecimento às consultas odontológicas, quando era necessária. Mas com o apoio dos ACS, conseguimos que a maioria dos usuários pudessem ser adequadamente avaliados. O desafio atual é que os usuários que necessitam de tratamento odontológico sejam acompanhados e compareçam as consultas.

O próximo objetivo da intervenção foi melhorar a adesão dos usuários com HA e DM às ações desenvolvidas na ESF. Para isso, foi traçada a meta de realizar busca ativa de 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Em relação aos hipertensos, podemos verificar, de acordo com o Gráfico 11, que dentre o total de usuários faltosos às consultas no mês 01 (13), todos os 13 (100%) usuários foram procurados pelo seu agente de saúde, a fim de remarcar a consulta faltada; no mês 02 (onde foi identificado que o total de 18 usuários não compareceram ao atendimento agendado), todos esses 18 (100%) usuários receberam a visita do ACS; e no final da intervenção, no mês 03, o total de 21 usuários (100%) foram visitados pela busca ativa dos ACS. Da mesma forma

ocorreu com os usuários diabéticos, como mostra a referido gráfico; dentre o total de usuários faltosos às consultas no mês 01 (03), todos os 03 (100%) usuários foram procurados pelo seu ACS, a fim de remarcar a consulta faltada; no mês 02 (onde foi identificado que o total de 04 usuários não compareceram ao atendimento agendado), todos esses 04(100%)usuários receberam a visita do ACS; e no final da intervenção, no mês 03, manteve-se apenas 04 usuários faltosos, que foram visitados pela busca ativa dos ACS.

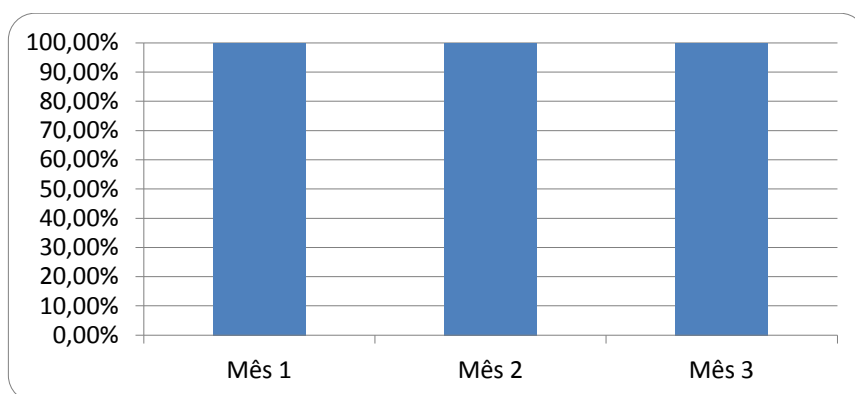


Gráfico 11: Proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.

Acredito que o apoio dos ACS na intervenção foi muito importante, e fico feliz que o vínculo entre eu e eles proporcionou esta parceria que trouxe resultados tão bons para a comunidade. Em nossa realidade, onde a zona é rural e estes ACS tem que andar quilômetros de distância a pé, seu empenho é fundamental para ir atrás do usuário que por vários motivos, não compareceu ao atendimento.

O quarto objetivo da intervenção era melhorar o registro das informações referentes ao programa de HA e DM e aos usuários participantes. Sua meta consistia em manter o registro na ficha de acompanhamento em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos.

Em relação aos hipertensos, podemos verificar, de acordo com o Gráfico 12, que dentre o total de usuários cadastrados no mês 01 (44), cerca de 32 (72,3%) usuários estavam com o registro adequado na ficha de acompanhamento; no mês 02 (onde foram cadastrados 86 usuários ao total) eram 74 (86%) usuários e no final da intervenção, no mês 03, cerca de 135 (93,2%) do total de 147 usuários cadastrados estavam com o registro adequado na ficha de acompanhamento.

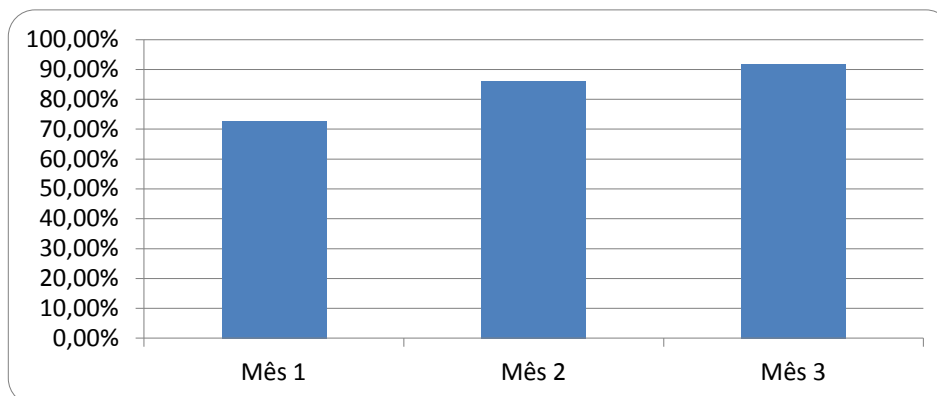


Gráfico 12: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.

Já os usuários diabéticos, de acordo com o Gráfico 13, que dentre o total de usuários cadastrados no mês 01 (11 usuários), cerca de 07 (63,6%) usuários estavam com o registro adequado na ficha de acompanhamento; no mês 02 (onde foram cadastrados 21 usuários ao total) eram 17 (81%) usuários e no final da intervenção, no mês 03, cerca de 31 (88,6%) do total de 35 usuários cadastrados estavam com o registro adequado na ficha de acompanhamento.

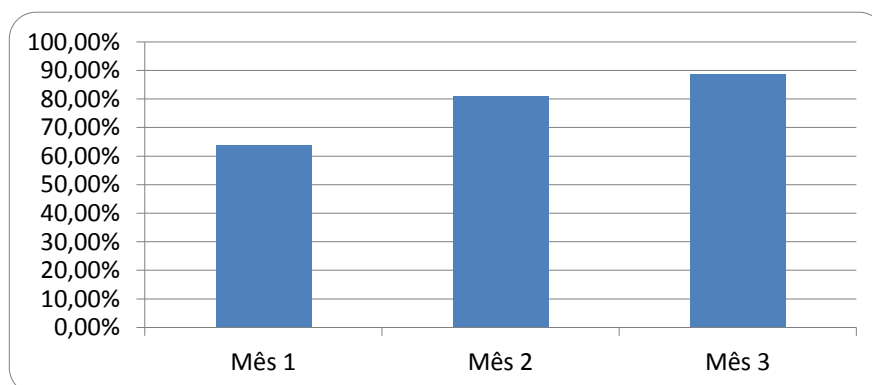


Gráfico 13: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.

A ficha de acompanhamento foi um instrumento muito importante para o registro adequado das informações dos usuários atendidos. Apesar de não conseguirmos 100% deste registro, entendo que conseguimos bons percentuais, e a isto também deve-se ao envolvimento dos membros da equipe.

O quinto objetivo era realizar avaliação de risco dos usuários com HA e DM, executando o correto mapeamento dos mesmos. Sua meta consistia em realizar

estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Em relação aos hipertensos, podemos verificar, de acordo com o Gráfico 14, que dentre o total de usuários cadastrados no mês 01 (44 usuários), cerca de 27 (61,4%) usuários foram submetidos à estratificação do risco cardiovascular, conforme o protocolo; no mês 02 (onde foram cadastrados 86 usuários ao total) eram 69 (80,2%) usuários e no final da intervenção, no mês 03, cerca de 130 (88,4%) do total de 147 usuários cadastrados estavam com a estratificação do risco cardiovascular realizada.

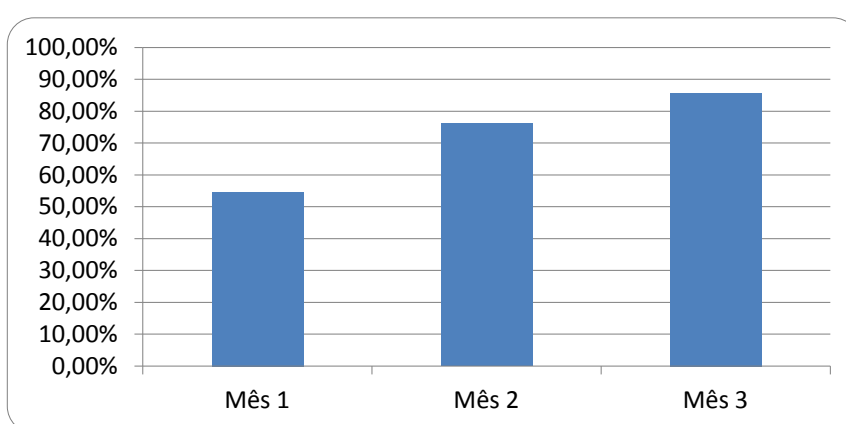


Gráfico 14: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.

Já os usuários diabéticos, de acordo com o Gráfico 15, que dentre o total de usuários cadastrados no mês 01 (11 usuários), cerca de 06 (54,6%) usuários foram submetidos à estratificação do risco cardiovascular; no mês 02 (onde foram cadastrados 21 usuários ao total) eram 16 (77%) usuários e no final da intervenção, no mês 03, cerca de 30 (85,7%) do total de 35 usuários cadastrados haviam sido submetidos ao mapeamento pela estratificação do risco cardiovascular.

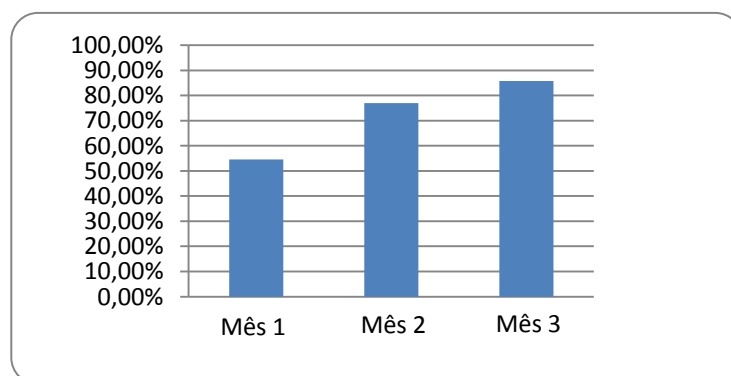


Gráfico 15: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.

Infelizmente, às vezes principalmente por falta de tempo, e até mesmo por outras demandas mais urgentes em que deveríamos apressar um pouco o atendimento do usuário para atender outro com dor ou outra urgência, não conseguimos realizar a estratificação do risco cardiovascular em todos os usuários, especialmente nos primeiros meses de intervenção. Já no terceiro mês estávamos mais familiarizados com a estratificação, e pudemos garantir que grande parte de nossos usuários cadastrados fossem mapeados. Claro que para o trabalho após a intervenção, aquele que continuará como rotina na unidade, buscaremos melhores cifras de cobertura.

O sexto objetivo da intervenção era promover a saúde dos usuários com HAS e DM. A primeira meta relativa a este objetivo era garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos.

Em relação aos hipertensos, podemos verificar, de acordo com o Gráfico 16, que dentre o total de usuários cadastrados no mês 01 (44 usuários) todos os usuários (100%) receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável; no mês 02 (onde foram cadastrados 86 usuários ao total) e 03 (onde foram cadastrados 147 usuários) igualmente todos os usuários (100%) receberam as orientações nutricionais. Da mesma maneira, os usuários diabéticos, de acordo com a referida tabela, que dentre o total de usuários cadastrados no mês 01 (11 usuários), 02 (21 usuários) e 03 (35 usuários), todos os usuários (100%) receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável.

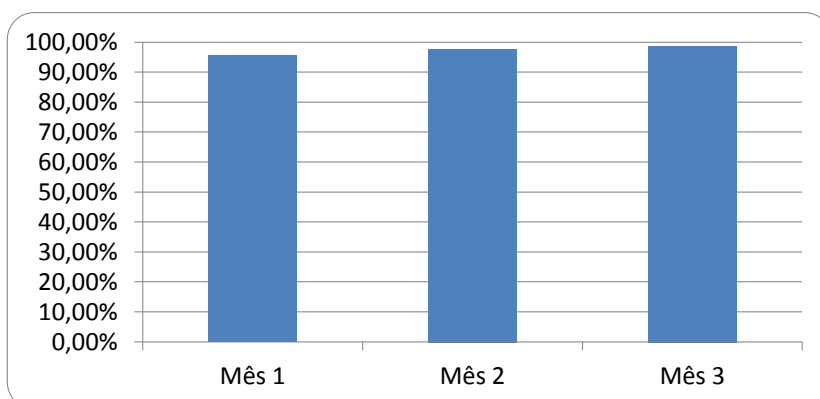


Gráfico 16: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.

Muito positivo se mostra os resultados alcançados nesta meta, e impactará em muito na promoção à saúde de nossos usuários. Conseguimos orientar a cada cadastro, a cada avaliação, nossos usuários hipertensos e diabéticos quanto à importância de uma alimentação mais saudável. Tivemos de batalhar para que os mesmos tentassem melhorar sua dieta, reduzindo o consumo de gordura animal (principalmente a banha de porco, muito utilizada na região rural), a introdução de alimentos integrais e evitar a compulsão alimentar, principalmente pela ansiedade. Fundamental também foram as orientações realizadas pela equipe nas reuniões dos hipertensos e diabéticos, além da possibilidade de encaminharmos aqueles usuários que relataram não conseguir seguir uma dieta saudável para a nutricionista do município. Priorizamos, devida as poucas vagas para consultas, aqueles usuários com obesidade.

A segunda meta relacionada à promoção da saúde de nossos usuários era garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e 100% dos usuários diabéticos.

Em relação aos hipertensos, podemos verificar, de acordo com o Gráfico 17, que dentre o total de usuários cadastrados no mês 01 (44 usuários), cerca de 42 (95,5%) usuários foram orientados quanto à prática regular de atividade física; no mês 02 (onde foram cadastrados 86 usuários ao total) eram 84 (97,7%) usuários e no final da intervenção, no mês 03, cerca de 145 (98,6%) do total de 147 usuários cadastrados estavam devidamente orientados quanto à prática regular de atividade física.

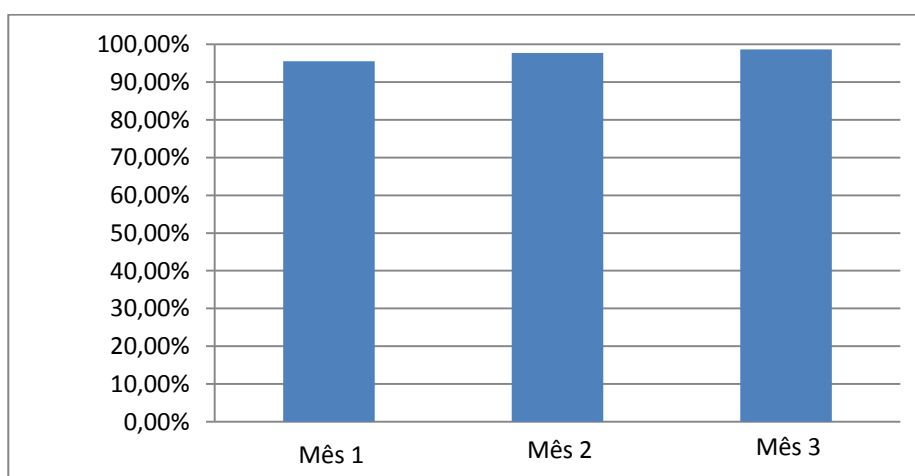


Gráfico 17: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.

Já os usuários diabéticos, de acordo com o Gráfico 18, que dentre o total de usuários cadastrados no mês 01 (11 usuários), 02 (21 usuários) e 03 (35 usuários), todos os usuários (100%) receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

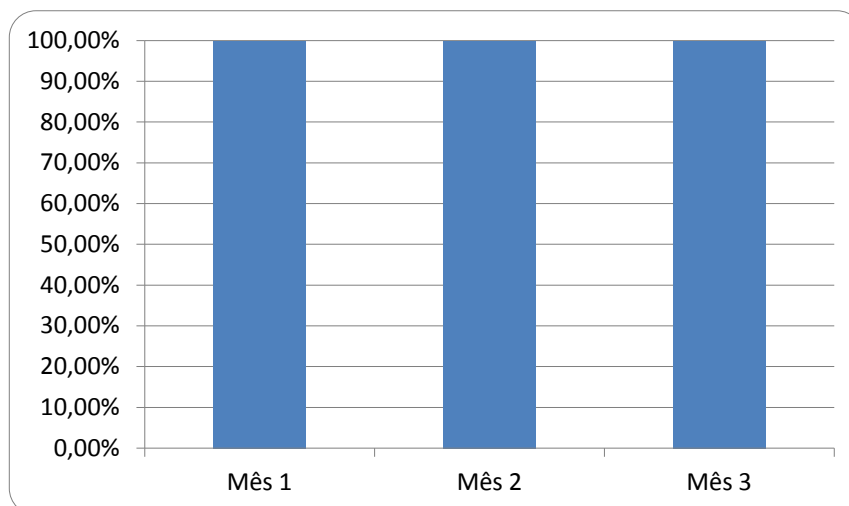


Gráfico 18: Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.

Estou muito feliz por estes bons indicadores, que demonstram o empenho da equipe quanto às orientações, à prevenção e à promoção à saúde a partir de se tentar mudar o estilo de vida dos hipertensos e diabéticos. Muitas vezes percebo que os usuários manifestam vontade de praticar alguma atividade física, como a caminhada ou academia, que apesar de se tratar de uma região rural, no município há academia de ginástica. Entretanto percebo que muitos usuários tem “vergonha” ou medo de começar algo novo e diferente. Para alguns deles, eu conversei bastante sobre isto, que não se deve ter vergonha, não há necessidade de comprar roupas novas ou tênis novo. Basta querer mudar sua vida, sua rotina. Ainda é muito cedo para dizer se nossas orientações irão fazer com que nossos usuários busquem a prática de atividade física regular, ao menos 30 minutos ao dia, como o preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, mas o importante é que foi buscado orientar a todos.

Nossa próxima meta, ainda dentro do objetivo de promover à saúde de nossos usuários era garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e 100% dos usuários diabéticos.

Em relação aos hipertensos, podemos verificar, de acordo com o Gráfico 19, que dentre o total de usuários cadastrados no mês 01 (44 usuários), todos os usuários (100%) receberam orientação sobre os riscos do tabagismo; no mês 02

(onde foram cadastrados 86 usuários ao total) e 03 (onde foram cadastrados 147 usuários) igualmente todos os usuários (100%) receberam as orientações anti-tabagismo. Da mesma maneira, os usuários diabéticos, de acordo com a mesma tabela, que dentre o total de usuários cadastrados no mês 01 (11 usuários), 02 (21 usuários) e 03 (35 usuários), todos os usuários (100%) receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável.

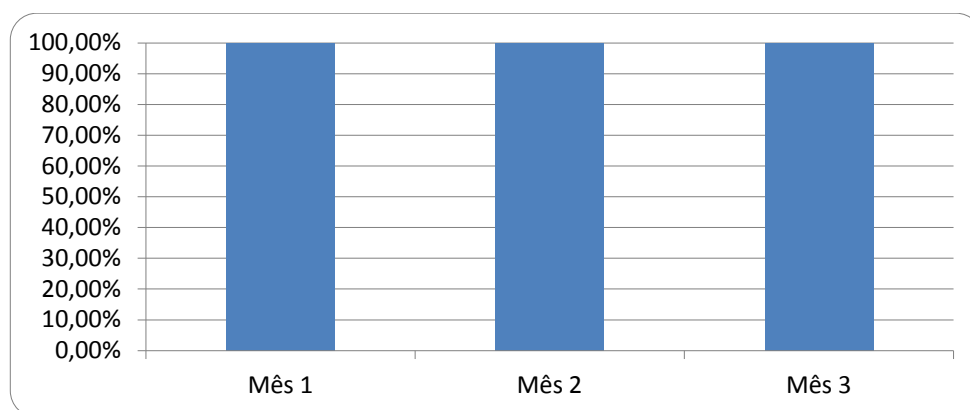


Gráfico 19: Proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.

Nesta questão do tabagismo existe uma situação muito complicada para nosso município, que depende da agricultura familiar e principalmente do cultivo do tabaco. Plantar o tabaco e fumar é algo cultural em nossa região, o que dificulta em muito a conscientização de nossos usuários quanto aos malefícios do cigarro. Temos muitos casos de usuários que, além de hipertensos e diabéticos, são tabagistas crônicos e que já desenvolveram a doença pulmonar obstrutiva crônica e, sabemos que casos assim são muito complicados e aumentam em muito a chance de mortalidade. Esse é um desafio complexo, mostra-se muito importante intensificarmos campanhas de conscientização quanto aos malefícios do tabaco no futuro para garantirmos que nossos usuários tenham condições de aceitar o desafio de parar de fumar.

Nossa última meta, ainda dentro do objetivo de promover à saúde de nossos usuários era garantir orientação sobre a higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e 100% dos usuários diabéticos.

Em relação aos hipertensos, podemos verificar, de acordo com o Gráfico 20, que dentre o total de usuários cadastrados no mês 01 (44 usuários), cerca de 39 (88,7%) usuários foram orientados quanto à correta higiene bucal; no mês 02 (onde foram cadastrados 86 usuários ao total) eram 81 (94,2%) usuários e no final da

intervenção, no mês 03, cerca de 142 (96,6%) do total de 147 usuários cadastrados estavam devidamente orientados quanto à prática correta de higiene dos dentes, língua e da boca.

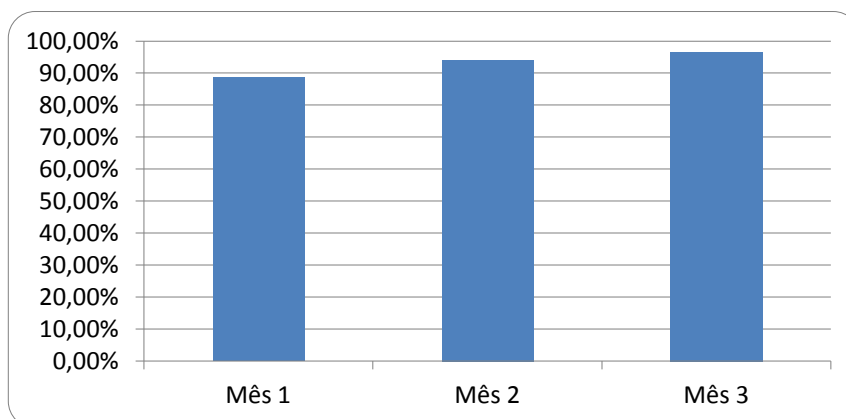


Gráfico 20: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre Higiene bucal. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.

Já os usuários diabéticos, de acordo com o Gráfico 21, que dentre o total de usuários cadastrados no mês 01 (11 usuários), cerca de 10 (90,9%) usuários foram orientados sobre a correta higiene bucal; no mês 02 (onde foram cadastrados 21 usuários ao total) eram 20 (95,2%) usuários e no final da intervenção, no mês 03, cerca de 34 (97,1%) do total de 35 usuários cadastrados haviam sido submetidos a esta orientação.

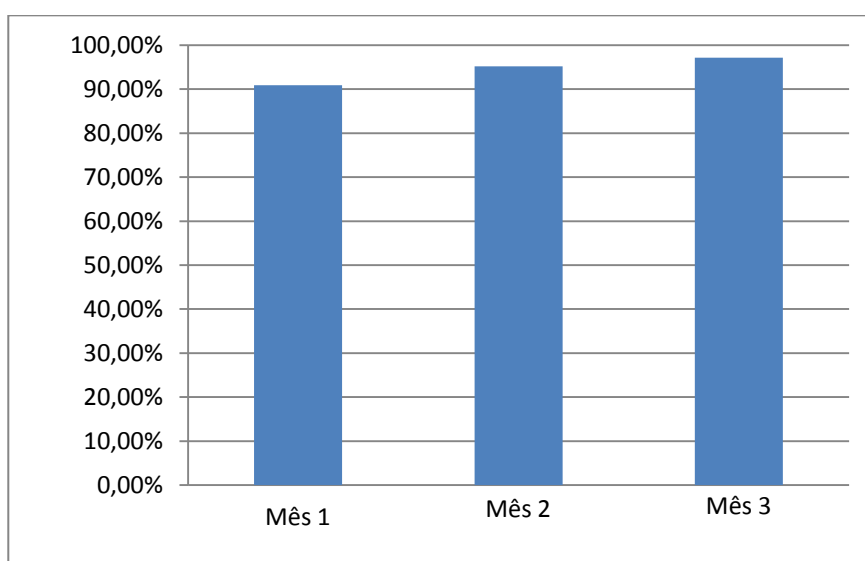


Gráfico 21: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene Bucal. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.

Da mesma forma que as outras metas relacionadas à promoção da saúde, fico muito feliz pelos resultados importantes alcançados, que sem dúvida alguma não seriam possíveis sem a disponibilidade da equipe de odontologia que assessorou toda a equipe na revisão dos problemas bucais relacionados aHAS e aDM. Importante lembrar que alguns usuários precisaram ser acompanhados e tratados pela dentista, por termos durante as orientações identificando problemas bucais potenciais para a piora geral do usuário.

4.2 Discussão

Os hipertensos e diabéticos do ESF Faxinal de dentro, antes do início da intervenção, possuíam atendimento baseado principalmente no comparecimento de reuniões a cada quatro meses, quando eram entregues as receitas médicas, verificada a pressão arterial dos usuários presentes e às vezes eram realizadas orientações em forma de breve palestra, realizada por um dos profissionais da equipe de saúde. Antes da intervenção, não se tinha o número exato de hipertensos e diabéticos cadastrados, não havia controle rigoroso quanto as avaliações clínicas e dos exames de rotina, além de não haver a anotação dos medicamentos atuais utilizados. Não havia o controle sobre a qualidade da assistência, não sabíamos se os usuários realmente haviam recebido as orientações quanto à alimentação saudável, prática de atividade física, orientações quanto à existência do programa Farmácia Popular, à necessidade de consulta periódica com a dentista. Não se envolvia os ACS na busca ativa dos usuários faltosos.

Antes da intervenção também não existia um esforço coordenado relacionado aos hipertensos e diabéticos. Acredito que buscamos somar forças para tentar de alguma maneira melhorar a qualidade das ações realizadas, a partir das discussões com a equipe em nossa ESF além de contarmos com o apoio da orientadora da especialização da UFPel e dos colegas, por intermédio dos fóruns de discussão online. Pouco a pouco tentamos articular os aprendizados do curso de especialização com a realidade prática diária, tentando inserir mudanças na forma de prestar o cuidado em saúde. Acredito que estes fatos mostram à importância da intervenção para o serviço. A intervenção também nos ajudou a rever as atribuições da equipe proporcionando a atenção a um maior número de usuários.

O fortalecimento do vínculo da equipe foi muito importante para a realização das metas propostas pela intervenção, objetivos esses que exigiram que os profissionais se capacitassem para seguir o protocolo recomendado pelo Ministério da Saúde referente aos cuidados, diagnóstico e tratamento dos usuários hipertensos e diabéticos. Fico muito feliz e contente que a maioria dos profissionais foi participativa e colaborou para que a intervenção pudesse acontecer, a partir de um trabalho integrado dos profissionais. Vale ressaltar que o empenho dos agentes comunitários de saúde, pois foram os responsáveis principalmente promover saúde educar os usuários quanto à hipertensão arterial e diabetes, seus riscos e malefícios, além de encaminhá-los à unidade para o cadastramento e avaliação clínica. Também é muito importante reconhecer que esses colegas realizaram a busca ativa, nos casos necessários, além de estimularem os usuários a aderirem à atenção proposta.

Importante dizer que a articulação hoje existe entre os profissionais, que nasceu da intervenção, hoje também se reflete no atendimento de outros grupos, como as gestantes, por exemplo.

Para a comunidade, a intervenção pode ser percebida, pois melhorou o acesso ao atendimento não apenas médico como também odontológico e de enfermagem. Segundo os ACS, os hipertensos e diabéticos gostaram da prioridade no atendimento e pela rápida solicitação de exames de rotina, porém ainda se muitos não frequentam a reunião do grupo, onde se tem outras orientações de educação em saúde, preferindo vir ser atendido e retirar sua receita em outro dia. Acredito que este aspecto tem que ser trabalhado com a comunidade, sobre a importância de participar das atividades educativas nos grupos. Apesar de termos iniciado a intervenção, tendo bons resultados, ainda precisamos do apoio da comunidade para alcançar maior cobertura de hipertensos e diabéticos.

A intervenção poderia ter sido facilitada se tivéssemos maior tempo disponível para o desenvolvimento das ações, em especial as relacionadas com a criação de vínculo com a comunidade, que parece ainda não perceber que a lógica do atendimento modificou-se. Os ACS durante as reuniões de equipe comentam que muitos usuários reclamam do tempo que ficam em atendimento. Se fosse hoje o início da intervenção, buscaria explicar mais as etapas da intervenção e preparar melhor a população. Porém, como iremos continuá-la, teremos condições e tempo para superar esta dificuldade encontrada.

Para viabilizar a incorporação da intervenção na rotina do serviço, buscaremos nos próximos meses ampliar a conscientização da comunidade sobre as metas e objetivos da intervenção e sua importância, além de priorizar o aumento do número de usuários cadastrados. A partir do momento a intervenção na atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos estiver madura e que as dificuldades tenham sido controladas, buscaremos a partir do seu exemplo reestruturar o atendimento às gestantes na atenção pré-natal.

Após os três meses de intervenção, constatou-se que as metas e objetivos propostos para o ESF Faxinal de Dentro foram cumpridos, mesmo que de forma parcial e que certamente trouxeram a melhoria na qualidade da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos, principalmente pela existência de ações articuladas no dia-a-dia dos profissionais de saúde. Esperamos conseguir continuar e aperfeiçoar o trabalho desenvolvido, melhorando cada vez mais a assistência à saúde de nossa população.

5 Relatório da intervenção para gestores

Estimado Gestor: venho por meio de este relatório informar que, durante os meses fevereiro, abril, maio e na primeira semana de junho do ano corrente, foi realizada um trabalho de intervenção na unidade de ESF Faxinal de Dentro, com foco na qualificação da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na comunidade, tema escolhido através do Curso de Especialização em Saúde da Família, promovido pela Universidade Federal de Pelotas voltado aos profissionais participantes do Programa Mais Médicos do Brasil. Durante a especialização cada estudante necessita escolher uma área para a intervenção e melhoria da saúde da comunidade.

Após a análise situacional, identificou-se que a baixa adesão ao tratamento por parte dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na ESF de Faxinal de Dentro era um dos problemas enfrentados, assim como a necessidade de melhorar a forma de cadastramento e organização das ações destinadas a esse público. Diante disso, o objetivo geral do projeto de intervenção foi “Melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da ESF de Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS”. Para tanto, as ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica.

Inicialmente observamos a necessidade de organizar e gerir melhor o serviço, capacitando os profissionais para a intervenção, familiarizando-os com o Protocolo de HAS e DM (publicado em 2013 em Cadernos de Atenção Básica) seus objetivos e metas. Para isso foram realizadas reuniões com a equipe, sendo a primeira delas na primeira semana de intervenção. Participaram da capacitação o enfermeiro coordenador, a auxiliar de enfermagem, a dentista e a auxiliar de saúde bucal. A

maioria das reuniões seguintes foram realizadas durante as reuniões de equipe, nas sextas-feiras, com a participação dos ACS. Dentre os objetivos propostos e suas metas, a seguir destacamos os principais resultados.

De acordo com a estimativa inicial dos ACS, haviam 395 usuários hipertensos e 98 usuários diabéticos na área de atuação do ESF. Em relação ao cadastramento dos usuários, ao final da intervenção, foi contabilizado 147 usuários hipertensos (37,2%) ao final do estudo. Em relação aos usuários diabéticos, 35 usuários (35,7%) foram cadastrados.

As demais metas eram relacionadas ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS e DM na unidade. São: realizar o exame clínico apropriado em 100% dos usuários hipertensos, realizar os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados, realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos. Em relação a estas metas, o alcance de nossa intervenção foi acima de 93% em todas elas.

O próximo objetivo da intervenção era melhorar a adesão dos usuários com HAS e DM às ações desenvolvidas na ESF. Para isso, foi traçada a meta de realizar busca ativa de 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Em relação aos hipertensos, podemos verificar que, dentre o total de usuários faltosos às consultas no período da intervenção foram o total de 21 usuários, sendo que todos esses 21 usuários receberam a visita do ACS, para a busca ativa. Da mesma forma ocorreu com os usuários diabéticos. Dentre o total de usuários faltosos às consultas, o total de 04 usuários, todos os mesmos foram procurados pelo seu agente de saúde, a fim de remarcar a consulta faltada.

O quarto objetivo da intervenção era melhorar o registro das informações referentes ao programa de HAS e DM e aos usuários participantes. Sua meta consistia em manter o registro na ficha de acompanhamento em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos. Em relação aos hipertensos, podemos verificar que, dentre o total de usuários cadastrados até o terceiro mês (147 usuários), cerca de 135 (93,2%) usuários cadastrados estavam com o registro adequado na ficha de acompanhamento. Já os usuários diabéticos que, dentre o total de usuários

cadastrados (35 usuários), cerca de 31 (88,6%) do total de 35 usuários cadastrados estavam com o registro adequado na ficha de acompanhamento.

O quinto objetivo era realizar avaliação de risco dos usuários com HAS e DM, executando o correto mapeamento dos mesmos. Sua meta consistia em realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Em relação aos hipertensos, podemos verificar que, ao final da intervenção, cerca de 130 (88,4%) do total de 147 usuários cadastrados estavam com a estratificação do risco cardiovascular realizada. Já os usuários diabéticos, cerca de 30 (85,7%) do total de 35 usuários cadastrados haviam sido submetidos ao mapeamento pela estratificação do risco cardiovascular. É importante informar que antes da intervenção, nenhum usuário possuía a classificação de risco, sendo este indicador muito importante para a organização da atenção e planejamento em saúde, porque conhecendo este risco temos como propor ações de combate às principais complicações potenciais.

O sexto objetivo da intervenção era promover a saúde dos usuários com HAS e DM. Nossas metas foram: garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos; garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e 100% dos usuários diabéticos; garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e 100% dos usuários diabéticos e garantir orientação sobre a higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e 100% dos usuários diabéticos. Para todas estas metas, mais de 96% dos usuários cadastrados receberam estas orientações.

A partir da exposição destes resultados, percebe-se que a intervenção contribuiu para a sistematização e organização das ações, colaborando inclusive para o engajamento dos profissionais no planejamento de ações no trabalho em equipe. Dentre as facilidades encontradas neste processo de organização e gestão do serviço na intervenção, posso destacar a receptividade da maioria dos profissionais em aderir à capacitação, ao aprendizado do protocolo e a sua aceitação para a realização da intervenção. Dentre as dificuldades, podemos citar que a enorme demanda, associada ao baixo número de profissionais da unidade prejudicaram o alcance dos percentuais desejados. Além disso, a inexistência de dados atualizados sobre o quantitativo de pessoas cadastradas, devida principalmente pela troca do sistema antigo pelo E-SUS prejudicou um pouco nosso

estudo. No entanto, acreditamos que a partir desta experiência inicial e com vosso apoio para a solução destas dificuldades, entendemos ser possível melhorar ainda mais a qualidade na assistência.

Por fim, gostaríamos de noticiar a ação realizada, bem como o empenho da equipe em transformar as ações, antes isolada a cada profissional, em metas coordenadas e planejadas por todos os membros da equipe. Assim, a intervenção mostrou-se importante instrumento para a melhoria do processo de trabalho dos trabalhadores na atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, possibilitando reforçar o compromisso da equipe no acompanhamento das necessidades dos usuários. Daremos continuidade de nosso trabalho e esforço para atingir a meta de 100% em quanto as ações programáticas.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Estimada comunidade: por meio deste relatório informamos que, durante os meses fevereiro, abril, maio e na primeira semana de junho do ano corrente, a equipe da ESF Faxinal de Dentro, realizou uma atividade chamada “intervenção”, que buscou melhorar o atendimento aos portadores de hipertensão e diabetes. Esse trabalho faz parte do Programa Mais Médicos para o Brasil. Decidimos fazer um trabalho para melhorar o cuidado aos hipertensos e diabéticos porque são uma parcela da população que precisa de um cuidado e atenção à saúde especial, principalmente para a prevenção de complicações dessas doenças. Segundo os dados de nossos ACS, nosso posto de saúde possui uma população de 2.600 pessoas, destes 395 usuários são hipertensos e 98 usuários diabéticos.

Após uma análise sobre como se davam os atendimentos aos hipertensos e/ou diabéticos, identificou-se que algumas ações poderiam ser realizadas a fim de melhorar o atendimento aos usuários e ampliar a captação de usuários para o tratamento e controle dessas patologias. Para a melhoria da forma de cuidar das pessoas, foram definidas metas para realizar as modificações necessárias. A partir deste planejamento foram surgindo os resultados, sendo os principais relacionados ao aumento do cadastramento dos usuários, com a realização de avaliação clínica, exames de sangue e risco cardiovascular, além das orientações específicas sobre alimentação saudável, riscos envolvendo o tabagismo, prática de atividade física, orientações sobre saúde bucal e a prescrição de medicamentos pela farmácia popular. Outros resultados da intervenção podem ser citados, tais como a prioridade na solicitação dos exames de rotina, melhoria do acesso não apenas ao atendimento médico como o de enfermagem e de odontologia e o acesso às orientações de saúde. Esperamos conseguir continuar e aperfeiçoar o trabalho desenvolvido, melhorando cada vez mais a assistência à saúde da população,

principalmente pela maior participação da comunidade no planejamento das ações, dos profissionais envolvidos e da presença das demais unidades de saúde de família presentes no município.

Esses resultados nos mostraram que se é possível transformar nossa realidade local, principalmente pela organização das ações. A partir desta experiência tivemos, inclusive, uma melhor relação de trabalho e ajuda entre os profissionais.

Por fim, gostaríamos de noticiar a ação realizada, sendo que após os três meses da intervenção, constatou-se que a maioria de seus objetivos foram cumpridos (infelizmente alguns de forma parcial), e que trouxeram importantes melhorias na qualidade da atenção à saúde dos usuários diabéticos e/ou hipertensos, pois o tema passou a receber destaque no dia a dia dos profissionais e da população.

Contudo, ainda temos muito trabalho por fazer, especialmente para melhorar os resultados que ainda não estão bons e qualificar cada vez mais nossa forma de fazer saúde. A intervenção precisa continuar a gerar frutos. Contamos com a participação da comunidade, a partir de sugestões e a opinião sincera do que precisa ser aperfeiçoado.

Atenciosamente,

Equipe do ESF FAXINAL DE DENTRO

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao vir de Cuba para a missão neste país não sabia como seria a especialização em Saúde da Família oferecida pelo Ministério da Saúde brasileiro. Ao iniciar o curso, desde já, chamou-me a atenção a metodologia proposta pela UFPel, seu projeto de estudos e a tecnologia de ensino pelo ambiente de aprendizagem. Com a interação e companhia dos colegas e das professoras orientadoras, com os conteúdos e temas, fiquei ainda mais maravilhada, principalmente pelo ensino desta capacitação ser voltado à prática, à realidade de nossa unidade de saúde.

Este curso não foi apenas para o meu aprendizado, mas sim de meus companheiros de trabalho. Compartilhei aprendizados com a equipe, trouxe para os fóruns considerações e dúvidas dos membros das equipes, compartilhei experiências, divulguei o curso para outros profissionais brasileiros incentivando sua participação em turmas posteriores. Passei por algumas dificuldades, tive dificuldade de seguir o cronograma, por causa de minhas férias aonde regressei à Cuba, um colega se afastou por problemas de saúde, mas com a ajuda da equipe multidisciplinar conseguimos realizar a intervenção. Muitas vezes deixei o curso em segundo plano, visto as demandas urgentes a serem resolvidas no dia-a-dia da unidade. Entretanto, considero satisfatória a realização da minha intervenção com os resultados alcançados, ainda que não tão adequados ao proposto, e com meu aprendizado. Tenho certeza que quando regressar novamente a minha pátria terei muitas coisas a compartilhar com meus companheiros cubanos.

O curso de especialização em saúde da família da UFPel significou para a minha prática profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimento acerca da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e dos membros da equipe da ESF de Faxinal de Dentro aos usuários

hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na ESF quanto a adesão ao tratamento medicamentoso, além da valorização profissional e melhoria da atenção e avaliação destes usuários.

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

Apreendi, nesse curso, que nossas ações em saúde devem ser programadas baseando-se em dados, pois é como são apresentadas todas as necessidades da população assistida e podemos definir e/ou priorizar ações direcionadas a elas, para que promovamos um impacto no processo saúde-doença dessa população.

Em relação ao conceito e organização da demanda espontânea na ESF, aprendi que como demanda espontânea a entrada de usuários nos serviços de saúde que não se enquadrem nos programas e prioridades estabelecidas na ESF, ao contrário da demanda programada, que é o agendamento de consulta para acompanhamento dos usuários que se enquadram nos programas e prioridades estabelecidas (através das ações programáticas), possuindo assim também uma lógica epidemiológica, pois, a partir desse acompanhamento (vínculo), é possível identificar os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença desses usuários; um dos principais objetivos da ESF.

Sobre a organização do processo de trabalho da equipe multidisciplinar da ESF, aprendi que se faz necessária para proporcionar uma melhor resolubilidade das necessidades dos seus usuários.

Referências

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus. 160p. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB**. 2011. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acessado em 05/07/2015.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, RJ, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

ROCHA, A.A.S Estímulo à adesão terapêutica anti-hipertensiva em uma unidade do programa de saúde da família de Beberibe-Ceará – monografia apresentada ao curso de Especialização em Práticas Clínicas em Saúde da Família, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica, Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus, Protocolo, Brasília, D.F., 2001.*

APÊNDICES

Apêndice A – Imagens da Intervenção



Figura 01. Atividade educativa durante encontro de hipertensos e diabéticos. ESF Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.



Figura 02. Orientações quanto a alimentação saudável, tabagismo e prática de atividade física, metas da intervenções Faxinal de Dentro, Vale do Sol/RS, 2015.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

ANEXO B: PLANILHA DE COLETA DE DADOS

Área de Transf...		Fonte	Alinhamento	Número	Estilo	Células	Edição	
A	B	C	D	E	F	G	H	
7								
8								
9	HIPERTENSOS				Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
10	Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertensão em cada mês da intervenção				44	86	147	
11	DIABÉTICOS				Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
12	Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada				11	21	35	
13								
14								
15								
16								
19								
20	*Estimativa no território							
21	População total			2600				
22								
23	Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)			1742				
24	Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)			395				
25	Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)			98				
26								
27								

OBSERVAÇÕES

Considere as pessoas que são **APENAS HIPERTENSOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertensão. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos / fichas espelho /

Considere as pessoas que são **APENAS DIABÉTICOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

Digite a **população total** nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

Este seria o número total estimado de **hipertensos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.

Este seria o número total estimado de **diabéticos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

Área de Transf...		Fonte	Alinhamento	Número	Estilo	Células	Edição
A	B	C	D	E	F	G	H
1	INDICADORES						
2							
3							
4	1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertensão na unidade de saúde			Mês 1	Mês 2	Mês 3	
5	Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residente na área e acompanhados na UBS			44	86	147	
6	Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de			395	395	395	
7							
8							
9							
10	2.1 Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o			Mês 1	Mês 2	Mês 3	
11	Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo			34	76	137	
12	Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS			44	86	147	
13							
14	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo			Mês 1	Mês 2	Mês 3	
15	Numerador: Número de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo			75,0%	87,2%	92,8%	
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							

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

Numerador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS

Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de

Mês 1: 11,2% | mês 2: 21,4% | mês 3: 35,7%

2.2 Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS

Mês 1: 81,8% | mês 2: 90,5% | mês 3: 94,3%

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante