

**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 aos usuários com Hipertensão Arterial e/ou
Diabetes Mellitus na ESF Bom Fim, São Gabriel/RS.**

Geonel Puentes Daudicourt

Pelotas, 2015

Geonel Puentes Daudicourt

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e/ou
Diabetes Mellitus na ESF Bom Fim, São Gabriel/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: Cristina Dutra Ribeiro

Pelotas, 2015

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

D238m Daudicourt, Geonel Puentes

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na ESF Bom Fim, São Gabriel/RS / Geonel Puentes Daudicourt; Cristina Dutra Ribeiro, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

98 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. Ribeiro, Cristina Dutra, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho em especial a meus pais, a minha família, pelo apoio incondicional em minha formação como médico me acompanhando nas quedas e vitórias que alcancei diariamente.

Agradecimentos

À minha família por sua constante preocupação e apoio.

À ESF Bom Fim por seu incentivo e dedicação na implementação do projeto.

Aos diferentes orientadores no transito do curso pela inteira dedicação e apoio no trabalho.

Aos meus colegas pelas orientações e troca de experiências.

Aos moradores dos bairros Bom Fim por sua participação ativa no desenvolvimento do projeto.

Em especial a Brasil e meu País por me abrir a possibilidade de fazer uma especialidade de Saúde da Família enfrentando as barreiras do idioma.

. E a todos, os que de alguma maneira, apoiaram no trabalho.

Resumo

DAUDICOURT, Geonel Puentes. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na ESF Bom Fim, São Gabriel/RS**. 2015. 97f 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.

A Hipertensão Arterial e a Diabetes mellitus estão entre os fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares, sendo assim mudanças no estilo de vida podem ser estimuladas no âmbito da atenção básica contribuindo assim para a diminuição da morbimortalidade por essa causa, são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no sistema Único de Saúde e representam ainda mais da metade no diagnóstico primário em pessoas com insuficiências renais crônicas submetidas a diálises. A Equipe de Saúde da Família Bom Fim, São Gabriel /RS no período de 12 semanas compreendidas nos meses de Junho/2015 e Agosto /2015 desenvolveu um projeto de intervenção com o objetivo geral da Melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos da área de abrangência. A intervenção teve ações contempladas em quatro eixos pedagógicos: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Os dados para monitoramento e avaliação foram coletados com ajuda da Planilha de Coleta de Dados e Ficha Espelho elaborados pela UFPEL. Como não tínhamos dados para o preenchimento do CAP tivemos dificuldade para a análise situacional frente a esta ação programática e adotamos para avaliação dos indicadores de cobertura as estimativas da PCD que eram de 608 hipertensos e 150 diabéticos. Ainda assim adotamos como meta de cobertura cadastrar 60% dos hipertensos e 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Durante o período da Intervenção cadastramos e acompanhamos 344 (56,6%) usuários hipertensos e 124 (82,7%) dos diabéticos da área, passando nestes últimos à cobertura esperada. Os hipertensos e diabéticos cadastrados estão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Para todos os hipertensos e diabéticos cadastrados alcançamos as metas dos indicadores de qualidade. Mediante esta intervenção a comunidade ganhou um atendimento organizado e sistematizado de acordo com o protocolo adotado. Nas ações de promoção à saúde não nos descuidamos das orientações e atividades de educação em saúde para a comunidade. A equipe conseguiu um maior vínculo com a comunidade e estas ações e metas prioritizadas durante a intervenção estão no cotidiano de trabalho da equipe.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Bom Fim São Gabriel/RS, 2015.	63
Figura 2	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Bom Fim, São Gabriel/RS, 2015.	63
Figura 3	Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia acordo com o protocolo na ESF Bom Fim, São Gabriel/RS, 2015.	65
Figura 4	Gráfico Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia acordo com o protocolo na ESF Bom Fim, São Gabriel/RS, 2015.	65
Figura 5	Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Bom Fim São Gabriel/RS, 2015.	67
Figura 6	Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Bom Fim, São Gabriel/RS, 2015.	67
Figura 7	Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF Bom Fim, São Gabriel/RS, 2015.	69
Figura 8	Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. ESF Bom Fim, São Gabriel/RS, 2015.	70
Figura 9	Gráfico Proporção de Diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. ESF Bom Fim, São Gabriel/RS, 2015.	71
Figura 10	Gráfico Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa na ESF Bom Fim, São Gabriel/RS, 2015.	72
Figura 11	Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Bom Fim São/RS, 2015.	74
Figura 12	Gráfico Proporção de diabéticos com registro adequado na	74

	ficha de acompanhamento na ESF Bom Fim, São Gabriel/RS, 2015.	
Figura 13	Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clinica em dia na ESF Bom Fim, São Gabriel/RS, 2015.	76
Figura 14	Gráfico Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clinica em dia na ESF Bom Fim São Gabriel/RS, 2015.	76
Figura 15	Fotografia de Exame clinico ao usuário hipertenso por Medico Clinico Geral da equipe.	91
Figura 16	Fotografia de Palestra aos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos com Psicóloga	91
Figura 17	Fotografia de Palestra aos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos com Psicóloga	92
Figura 18	Fotografia de Palestra com usuários Hipertensos e Diabéticos com Vice-Diretor de Assistência Farmacêutica	92

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde.
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CTG	Centro de Tradições Gaúchas
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
Hiperdia	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PIM	Programa Infância Melhor
SAE	Sistema Atenção Especializada
SIAB	Sistema de Informação 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

Sumário

Apresentação.....	10
1 Análise Situacional.....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	25
2 Análise Estratégica.....	27
2.1 Justificativa.....	27
2.2 Objetivos e metas.....	28
2.2.1 Objetivo geral.....	28
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	28
3.2 Indicadores.....	41
2.3.4 Cronograma.....	53
3 Relatório da Intervenção.....	54
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	55
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	59
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	59
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços..	60
4 Avaliação da intervenção.....	61
4.1 Resultados.....	61
4.2 Discussão.....	80
5 Relatório de intervenção para gestores.....	83
6 Relatório de intervenção para a comunidade.....	86
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	88
Referências.....	90
Anexos.....	93
Anexo A - Documento do comitê de ética.....	94
Anexo B - Planilha de Coleta de dados.....	95
Anexo C-Ficha espelho.....	96
Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias.....	97

Apresentação

O presente trabalho apresenta o relatório de trabalho de conclusão do curso da Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), com o desenvolvimento de um projeto de intervenção com o objetivo geral de melhorar a atenção aos usuários com hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na ESF Bom Fim, São Gabriel/RS.

O curso foi desenvolvido em cinco unidades de estudo e o Trabalho de Conclusão de Curso aqui apresentado foi construído ao longo de todo curso, simultânea e articuladamente às unidades de estudo e é o produto final de todo este processo.

O volume está organizado em sete unidades de trabalho, construídas de maneira independentes entre si, mas seqüenciais e interligadas.

Na primeira parte observamos a Análise Situacional desenvolvida na Unidade 1 do curso com o reflexo da situação de saúde da atenção primária e estratégia de saúde da família no município e das principais dificuldades que apresentam nesse serviço, e, a relação entre eles. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso, que oferece os principais aspectos que se implantaram para as ações propostas.

Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção que descreve a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. A quinta e sexta seções são o relatório aos gestores e o relatório para a comunidade. Na sétima seção realizou-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por último, será apresentada a bibliografia utilizada e os anexos e apêndices que foram utilizados durante a intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade de Saúde Bom Fim encontra-se na região periférica da cidade, portanto. Não é uma Unidade Básica de Saúde (UBS) rural. É vinculada aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e presta atendimento a toda população referenciada, totalizando 2.726 pessoas, mas depois da descentralização da população por região passamos ter uma população de abrangência de 4000 pessoas distribuída nos Bairros: Bom Fim, Medianeira, Morro do Sabiá e Pomares, para uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), seu modelo de atenção é a ESF, desde fevereiro deste ano 2015.

A equipe esta composta por: médico clinica geral com carga horária de 40hs, médico pediatra – 12hs semanais, médico urologista/cirurgião – 8hs semanais, médico ginecologista – 8hs semanais, técnico de enfermagem – 40hs, auxiliar de enfermagem - 40hs, enfermeiro – 40hs, Agentes Comunitários de Saúde (ACS)– 40hs, os ACS estão em fase de capacitação e logo estarão cadastrando as famílias e os indivíduos. Uma higienizadora – 40hs, um recepcionista com função específica – 40hs.

Quanto à estrutura física, a unidade tem uma estrutura adequada para atendimento de uma equipe de ESF, o imóvel é locado pelo município, pois ainda não possuímos prédio próprio para funcionamento da mesma. O município cadastrou junto ao Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB) e está construindo uma UBS para que possamos ter unidade própria. O processo de construção ainda deve demorar, pois está em fase inicial.

A unidade onde estamos trabalhando possui dois consultórios médicos, sala de espera com boa iluminação e arejada, sala de reuniões, de vacinas, procedimentos, de curativo, enfermagem, triagem, acolhimento, copa, expurgo, sala de esterilização, almoxarifado, recepção, administração, instalações sanitárias, possui rampa de acesso, a rua de acesso a unidade é pavimentada e possui um ponto de ônibus próximo, sendo um ponto positivo para a unidade, pois facilita o acesso de todos. Na unidade não possuímos uma sala para atendimento odontológico e muito menos sala para orientação de escovação e evidenciação de placa bacteriana, o que seria de extrema importância para uma boa avaliação e educação dos usuários. Estas deficiências devem ser planejadas junto ao gestor, pois não são difíceis de serem executadas, pois a unidade pode adaptar estes locais.

Quanto ao processo de trabalho, a unidade era uma unidade tradicional e começou na fase de implantação da Estratégia Saúde da Família EFS em fevereiro deste ano. Hoje contamos com uma equipe resolutiva e humanizada, prestando atendimento a toda população referenciada, atentas às suas atribuições, realiza um bom acolhimento, os agentes comunitários estão sendo capacitados para realizarem as visitas domiciliares e sempre que visualizam situações agravantes à saúde, buscam auxílio da equipe através das visitas domiciliares de médicos e da enfermagem, realizando agendamento de consultas e orientações.

Na área de abrangência existem duas escolas, uma casa de asilo ao idoso, um Supermercado, um Centro de Tradições Gaúchas (CTG).

Quanto ao processo de trabalho, começamos há dois meses um novo procedimento, com acolhimento em demanda espontânea partindo da escuta de cada usuário, identificação de riscos e necessidades de atendimento, garantindo um atendimento adequado em todos os problemas que tem o usuário e obtendo um maior vínculo da equipe com a comunidade. Não existem dias específicos para grupos prioritários, fazemos avaliação dos pacientes com doenças crônicas, temos um dia específico da semana para visitas domiciliares aos pacientes que necessitam. Há um dia na semana onde se realiza a reunião de equipe onde se faz a discussão de casos e planejamento de ações de promoção e prevenção de saúde na comunidade a grupos prioritários, sejam hipertensos, diabéticos, idosos, obesos, além de uma tarde ao mês, onde

fazemos visita à casa de asilo ao idoso, onde fazemos avaliação integral da situação de saúde de cada paciente que mora ali.

Em nossa unidade começamos a fazer procedimentos cirúrgicos de menor complexidade como lavagem auricular e retirada de cerume, remoção de corpos estranhos, drenagem de abscesso, tratamento de feridas superficiais e de unha encravada para evitar que o paciente tenha um agendamento prolongado aguardando pra fazer os procedimentos, mesmo assim fazemos teste de HIV, Hepatites e Sífilis dentro das ações para diagnóstico e tratamento destas doenças.

Em relação à Rede Cegonha até agora temos 17 gestantes e 32 crianças menores de um ano, as quais são captadas pelo Clínico Geral onde se faz na primeira consulta a determinação do risco obstétrico, aquelas gestantes que são classificadas de alto risco são encaminhadas para atendimento com ginecologista e as de baixo risco continuam atendimento com clínico geral até 28 semanas, onde então são encaminhadas no processo final de gestação para o ginecologista.

No caso da pediatria fazemos acolhimento a toda criança na primeira consulta após o nascimento em conjunto com a enfermagem, onde realizamos o teste do pezinho e posteriormente continua-se o atendimento com o Pediatra até os dois anos de idade. Todas as crianças maiores de 2 anos realizam o atendimento com o Clínico Geral. As crianças que tem alguma doença crônica e/ou a são classificadas de alto risco o atendimento médico realiza-se diretamente com o Pediatra.

Os principais problemas identificados pela ESF são: alta incidência de doenças crônicas especificamente Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus, Endócrino-metabólicas e Cardiovasculares, Depressivo-Ansiosa, que explicam a falta de educação em saúde que tem a população, assim como desconhecimento que tem dos fatores de risco destas doenças; alto índice de consumo de medicamentos depressivos e ansiolíticos como única alternativa para o tratamento do paciente com doenças mentais; uso de grande quantidade de medicamentos para uma doença que tem um protocolo específico, levando ao uso indiscriminado dos medicamentos; inexistência de um controle adequado de avaliação nos programas de rastreamento em doenças como câncer do colo do útero, mama, próstata e reto, pois não se

utiliza como uma ferramenta para a prevenção e diagnóstico precoce destas doenças.

A população atendida na ESF tem acesso a serviços de média e alta complexidade a partir do atendimento da atenção primária. Quando o manejo do APS se torna inviável devemos encaminhar para o especialista conduzir o tratamento e as intervenções. A assistência de média complexidade é realizada em sua maioria no município de Vacaria. Com relação aos serviços de alta complexidade são geralmente desenvolvidos nos municípios Caxias do sul e Porto Alegre.

Conta com grupos de apoio especializados que complementam o atendimento médico que são: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Sistema Atenção Especializada (SAE), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Vigilância Epidemiológica, Hospital, Programa Infância Melhor (PIM), (SAMU), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

Em nossa área contamos com o conselho local de saúde que apóia na planificação das ações de promoção e prevenção na comunidade.

Quanto à situação socioeconômica existe uma grande disparidade entre os usuários, a grande maioria que mora no bairro Medianeira, Morro Sabia e Bom Fim não apresenta situação socioeconômica desfavorável, no entanto aqueles que residem nos bairros Pomares e o interior onde a situação se mostra um pouco mais complexa de pobreza a extrema pobreza.

Situação Ambiental com relação ao Bairro Bom Fim, Medianeira e Morro Barriam as ruas é limpa, a maioria das casas tem jardim e são pintadas com cores alegres, as pessoas tem um modo de vida diferente daqueles que residem nos Barrios Pomares e no interior onde a situação e mais complexa, embora também não haja situações de extrema pobreza.

1.2 Relatório da Análise Situacional

São Gabriel é um município brasileiro do estado do Rio Grande do Sul. Está localizada na região de campanha, próximo da fronteira com o

Uruguaí sendo banhada pelo curso do rio Vacacaí. O município tem uma paisagem típica da Região do Pampa, com campos situados em coxilhas de baixo declínio, possibilitando a visualização do horizonte, o que encanta os moradores e turistas da cidade. O clima é do tipo subtropical úmido predominante em toda região do estado de baixa altitude. As estações são bem definidas com verões quentes e úmidos causando uma sensação térmica desagradável durante boa parte da estação. O outono é marcado pela chegada de um frio moderado que se torna rigoroso algumas semanas antes da entrada oficial. O inverno registra temperaturas baixas com geadas frequentes, acompanhado por um vento forte chamado de minuano, que é de origem polar e também pelo vento pampeiro, um vento frio e violento, que vem do pampa argentino e que aumenta a sensação de frio consideravelmente. A primavera possui finalmente um clima equilibrado e agradável.

A população do município de São Gabriel estimada pelo IBGE é de 60 mil habitantes, mas a prefeitura estima em mais de 65 mil pessoas, apesar do IBGE dizer o contrário, pois houve um grande crescimento econômico e populacional na cidade nos últimos anos. É considerada uma cidade histórica do interior do Rio Grande do Sul. Os primeiros povoadores da região foram os espanhóis e portugueses, além dos indígenas que também viviam na área. Atualmente a maior parte da população gabrielense é branca, mas há um grande número de pardos e negros. Entre as etnias, a maior parte dos moradores é de descendentes de portugueses, espanhóis, italianos e alemães.

O município na administração e serviços da saúde possui 9 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo duas já implantadas e outras 7 em fase de implantação, totalizando 16 equipes de ESF. Conta com uma Secretaria Municipal de Saúde (SEMS), localizada na área central de fácil acesso aos usuários e desenvolve as seguintes atribuições básicas: oferecer serviços de atendimento médico, odontológico, de enfermagem; promoção, proteção e recuperação da saúde dos munícipes que buscam a rede municipal de atendimento. Possui os seguintes serviços:

- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo 1, que atende toda população referenciada do município.

- Centro de Vigilância em Saúde (vigilância sanitária, epidemiologia, dengue, tuberculose e laboratório municipal),

- UBS central que realiza exames radiológicos de odontologia, pois o município não possui CEO;

- Serviço de Fisioterapia Municipal. O município não possui NASF;

- Farmácia Básica e Popular

- Clínica de Dor, onde são realizadas as PIC (Acupuntura, Auriculoterapia e Analgesias) que funciona junto à policlínica Brandão Jr.

- Serviço Móvel de Urgência (SAMU) - Ambulância de Suporte Básico que atende a toda demanda da cidade e interior do município e extensão da BR 290.

- Hospital Filantrópico - Irmandade da Santa Casa de Caridade, em anexo Unidade de Pronto Atendimento 24hs, para onde são encaminhadas as urgências/emergências e as internações hospitalares.

O município é coordenado pela 10ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) em Alegrete, possui um Conselho Municipal de Saúde atuante com sede na Secretaria Municipal de Saúde, onde todas as ações de saúde necessitam de seu parecer para aprovação e efetivação. O município possui laboratórios de análises clínicas conveniadas, possui um serviço de Radiologia e Tomografia local, os Exames de Ecografia são realizados por uma empresa contratada no município, as Ressonâncias e exames de alta complexidade são encaminhados para o local de referência fora do domicílio. Ecorcardiograma é realizado pela Equipe de enfermagem da SEMS. Conta com uma Unidade de Saúde Prisional e apoio do Teles saúde. A secretaria de saúde possui os seguintes programas: Saúde do Trabalhador, NUMESC, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, DST/AIDS, Bolsa Família/CAD Único, PIM, Rede Cegonha, Amamenta e Alimenta Brasil, Programa de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica, Programa Saúde na Escola (PSE), Saúde do Idoso e outros. A rede de serviços municipal é constituída de unidades com serviços básicos e especializados. Os serviços de saúde não disponibilizados pelo município são referendados para outros municípios de referência e contra referência. Os encaminhamentos para o tratamento fora do domicílio são encaminhados pela 10ª CRS de Alegrete e central de marcação de consultas de Porto Alegre sistema AGHOS.

A Unidade de Saúde Bom Fim encontra-se na região periférica da cidade, portanto não é uma UBS rural. É vinculada aos serviços do Sistema

Único de Saúde (SUS) e presta atendimento a toda população referenciada, totalizando 2.726 pessoas dos bairros: Bom Fim, Medianeira, Morro do Sabiá e Pomares, para uma equipe de ESF, seu modelo de atenção é a ESF. A equipe é composta por:

- Médico Clínico Geral com carga horária de 40hs
- Médico Pediatra – 12hs semanais
- Médico Urologista/Cirurgião – 8hs semanais
- Médico Ginecologista – 8hs semanais
- Técnico de enfermagem – 40hs
- Auxiliar de enfermagem - 40hs
- Enfermeiro – 40hs
- Agentes comunitários – 40hs, os ACS estão em fase de capacitação e logo estarão cadastrando as famílias e os indivíduos.

- Uma Higienizadora – 40hs
- Um Recepcionista com função específica – 40hs.

No que diz respeito à estrutura física, a unidade tem uma estrutura adequada para atendimento de uma equipe de ESF, o imóvel é locado pelo município, pois ainda não possuímos prédio próprio para funcionamento da mesma. O município cadastrou junto ao Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB) e está construindo uma UBS para que possamos ter unidade própria. O processo de construção ainda deve demorar, pois está em fase inicial.

A unidade onde estamos trabalhando possui dois consultórios médicos, sala de espera com boa iluminação e arejada, sala de reuniões, de vacinas, procedimentos, de curativo, enfermagem, triagem, acolhimento, copa, expurgo, sala de esterilização, almoxarifado, recepção, administração, instalações sanitárias, possui rampa de acesso, a rua de acesso à unidade é pavimentada e possui um ponto de ônibus próximo, sendo um ponto positivo para a unidade, pois facilita o acesso de todos. Na unidade não possuímos uma sala para atendimento odontológico e muito menos sala para orientação de escovação e evidenciação de placa bacteriana, o que seria de extrema importância para uma boa avaliação e educação dos usuários. Estas deficiências devem ser planejadas junto ao gestor, pois não são difíceis de serem executadas, pois a unidade pode adaptar estes locais.

Quanto ao processo de trabalho, a unidade ainda é uma unidade tradicional e está em fase de implantação da Estratégia Saúde da Família. Hoje contamos com uma equipe resolutiva e humanizada, prestando atendimento a toda população referenciada, atentas às suas atribuições, realiza um bom acolhimento, os agentes comunitários estão sendo capacitados para realizarem as visitas domiciliares e sempre que visualizam situações agravantes à saúde, buscam auxílio da equipe através das visitas domiciliares de médicos e da enfermagem, realizando agendamento de consultas e orientações.

Na consulta, realizamos acolhimento à demanda espontânea, partindo da escuta de cada usuário, identificação de riscos e necessidades do atendimento para garantir um atendimento adequado e resolutividade em todos os problemas que tem o usuário e buscando um maior vínculo da equipe com a comunidade, fazemos avaliação dos pacientes com doenças crônicas, temos um dia específico na semana para visitas domiciliares aos pacientes que necessitam, como um dia na semana para reunião de equipe, quando fazemos o planejamento de ações de promoção e prevenção de saúde na comunidade para os grupos prioritários, que serão cadastrados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que são eles hipertensos, diabéticos, idosos, obesos, em dependência dos problemas identificados.

A Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza um dia na semana para que possamos fazer a especialização em Saúde da Família. Em nossa unidade, realizamos procedimentos cirúrgicos de menor complexidade como: lavagem auricular, retirada de cerume, remoção de corpos estranhos, drenagem de abscesso, tratamento de feridas superficiais e de unha encravada, para evitar que o paciente tenha um agendamento prolongado aguardando para fazer os procedimentos, fazemos teste de HIV, Hepatites e Sífilis, dentro das ações para diagnóstico e tratamento destas doenças.

Em relação à Rede Cegonha, até agora temos 15 gestantes e 30 crianças menores de um ano. Com um protocolo específico fazemos, por parte do Clínico Geral, captação a toda gestante. Na primeira consulta, fazemos determinação do risco e aquelas gestantes que tem alto risco, fazemos encaminhamento para atendimento com Ginecologista e as de baixo risco continuam atendimento com clinico geral, até 28 semanas, quando são encaminhadas para terminar gestação com ginecologista.

No caso de pediatria, fazemos acolhimento a toda criança na primeira consulta após o nascimento, em conjunto com a enfermagem, quando fazemos teste do pezinho e, posteriormente, continua atendimento com Pediatra até 2 anos. Todas as crianças maiores de 2 anos, o atendimento é com clínico geral e, se precisar de alguma interconsultas, se faz encaminhamento a Pediatra.

A população da área adstrita era antes do reajustamento da população pela descentralização de 2.726 pessoas, com a nova descentralização a área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) alcançou os 4000 habitantes, a maioria com um perfil de pobreza a extrema pobreza. A unidade está adequada para atender toda esta população, devendo ampliar as ações junto à comunidade e buscar parceiros para divulgação dos serviços. Temos uma demanda espontânea, onde a população é ouvida e acolhida pelas equipes. Não possuímos excesso de demanda, todas as consultas são agendadas e as urgências são atendidas pela equipe ou direcionadas através do SAMU ao Pronto Atendimento 24hs.

Em relação à população da área adstrita, nossa unidade está em processo de mudança no processo de trabalho, passando de UBS tradicional para ESF, com agentes comunitários que começaram a trabalhar em breve com a população. Estamos baseados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que diz que uma equipe de ESF deve atender até 4000 pessoas (BRASIL, 2011). Por enquanto, relativo ao perfil por idade, a mais predominante é acima dos 60 anos, o sexo que mais predomina é o feminino. Neste momento, estamos adotando medidas para aumentar a cobertura, por meio do cadastramento, divulgação nas rádios locais sobre o processo do cadastramento na unidade, informando da importância de fazê-lo.

Em nossa unidade, fazemos atenção à demanda espontânea, todos os profissionais da equipe fazem 'acolhimento' todos os dias e todos os turnos de atendimento utilizando o modelo de acolhimento pela equipe, não temos local específico, geralmente é feito na recepção e, em outros casos que precisem de privacidade, se faz na sala de enfermagem/procedimentos. Primeiramente se realiza a escuta, que dura aproximadamente 5 minutos, em dependência da queixa do usuário, então passou a realizar a avaliação e classificação de vulnerabilidade biológica e social de risco e procede-se ao encaminhamento.

Há alguns dias, com uma crescente demanda de atendimentos médicos, e nestes casos, temos que dar orientação para retornar outro dia.

Por enquanto não tem uma necessidade imediata de atenção e os casos com atendimento prioritário são realizados no mesmo dia e, em casos que exigem serviços de urgência, são encaminhados ao pronto atendimento. Em caso de clínico geral, só fazemos agendamento a aquelas gestantes de baixo risco para garantir seu atendimento, assim como tem diariamente à prioridade os idosos. Os demais são atendidos, uma vez feito o acolhimento, em dependência de suas necessidades, para um total de vinte quatro ao dia, o resto é atendido em caso de uma urgência/emergência. O ginecologista tem agendamento na semana, o pediatra com agendamento por turno de trabalho. Esta nova forma de atendimento traz benefícios para os usuários, que não precisam vir de madrugada para pegar fichas, aumenta o vínculo com os profissionais da equipe, garante o acesso de qualidade e diminui o número de usuários que procuram para ser atendidos no Pronto Atendimento 24hs, pois agora podem ser atendidos na unidade como a porta de entrada da atenção básica que garante uma maior acessibilidade ao sistema de saúde.

Em relação à atenção à saúde da criança, em nossa unidade são realizadas ações como imunizações, prevenção da anemia, promoção de aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, teste de pezinho, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, mediante as consultas da puericultura que são feitas por semana por parte do pediatra. As crianças que pertencem ao grupo etário de 12 a 72 meses não tem a mesma frequência nas consultas de puericultura. Em muitas ocasiões as mães só procuram a unidade para atendimento de problemas de saúde agudos o para realização de vacinas. Agora com a implantação de Equipe de Saúde da Família, como nova estratégia, as consultas de Puericultura serão feitas pelo Pediatra, para crianças de até 24 meses e com mais de 2 anos serão realizadas pelo clínico geral, todos os dias da semana e em todos os turnos de atendimento. Se durante este atendimento encontra-se alguma alteração nas crianças, serão encaminhadas ao pediatra. Definimos como estratégia para este problema, que cada agente comunitário tem que fazer uma lista com a quantidade de crianças que tem nessa idade, para agendar os atendimentos odontológicos, que serão marcadas em outra unidade, assim como todos os

usuários que necessitarem de atendimento odontológico serão encaminhados, com a data da consulta e o horário. Com a implantação da estratégia irá melhorar o atendimento do grupo de crianças e gestantes, pois terão um melhor monitoramento e busca dos faltosos, para um melhor planejamento e monitoramento das ações e será avaliado mensalmente na reunião de equipe com todos os profissionais.

Outras ações que são feitas na unidade é relativo à atenção a gestantes, adotando o protocolo, que indica que as classificadas de alto risco são atendidas pelo ginecologista e as de baixo risco são atendidas pelo clínico geral, até 27 semanas e se acontecer alguma alteração durante este atendimento, se faz uma nova classificação de risco, e se é considerada de alto risco, começa o atendimento com ginecologista independentemente da idade gestacional. Neste momento, temos um total de 15 mulheres grávidas, que são acompanhadas na unidade o que representa apenas 28% de cobertura pré-natal na área. Considerando que se a cobertura de atenção for muito baixa, avaliaremos algumas estratégias com os agentes comunitários e outros membros da equipe para aumentar esta cobertura, mediante as visitas domiciliares especificamente dirigidas aquelas mulheres que tem risco de gravidez, desta forma também trabalharemos o indicador de captação precoce que representa um dos desafios mais importante, já que em nossa unidade temos quatro grávidas com captação após o primeiro trimestre que representa 73% do total, o que constitui um indicador de qualidade da atenção pré-natal, pela importância que tem um seguimento adequado durante este período, para melhorar os indicadores de morbimortalidade deste programa, consideramos que a principal causa está relacionada com organização do processo do trabalho da unidade, onde os atendimentos são feitos pelo ginecologista uma vez na semana, com prévio agendamento, agora com a mudança no processo do trabalho, os atendimentos podem ser feitos pelo clínico geral e em algumas ocasiões pela enfermagem, e como estratégia tomada se concordou que uma vez que seja feita a captação, elas serão agendadas para atendimento odontológico em outra unidade básica.

Na primeira consulta aquelas que têm dificuldade com a realização do, se coleta a mostra, se faz revisão da carteira das imunizações e se precisar de alguma vacina, se atualiza. O município não conta com o apoio do NASF,

programa que realizaria na unidade as recomendações de hábitos alimentares saudáveis, atividade física, saúde mental, aleitamento materno, planejamento familiar, entre outras. Durante a primeira consulta falamos sobre a importância do acompanhamento do esposo na atenção pré-natal e no puerpério e também sobre a incorporação deles nas consultas da puericultura, após o nascimento da criança.

Em relação ao processo do trabalho sobre controle do câncer de colo de útero e de mama, fazemos rastreamento oportunístico e organizado. No caso da prevenção do câncer do colo, mediante a coleta da mostra para exame citopatológico em todos os turnos, por parte da enfermagem, com um total de 12 mulheres agendadas, além disso, o clínico geral e ginecologista fazem a coleta no momento que, durante o exame ginecológico, acontece alguma anormalidade. No caso da mamografia, são indicados todos os dias da semana, em todos os turnos do atendimento. Temos uma cobertura muito baixa, o que constitui um dos principais desafios destes programas e como estratégia decidi fazer um trabalho em conjunto com agentes comunitários de levantamento das mulheres desta faixa etária para conhecer aquelas que fazem preventivo por planos de saúde, ou não comparece por outra causa. Desta forma, teremos o controle das mulheres faltosas, mediante a criação de um prontuário rotatório que permite o monitoramento do mesmo. Acontecerá da mesma forma com aquelas mulheres que tem o exame citopatológico alterado, decidimos fazer um arquivo específico destas mulheres e de igual forma fazer revisão de forma periódica e planejamento de consultas agendadas com o ginecologista, para dar seguimento adequado de acordo com o protocolo e acompanhamento de sua doença. Outra das dificuldades é que não temos na unidade um registro que faz controle dos indicadores da qualidade para o monitoramento destas ações. Como estratégia já combinamos fazer este registro e avaliação trimestral deste programa a cada dois meses na reunião da equipe.

A atenção aos hipertensos e diabéticos em nossa unidade é feito todos os dias na semana e em todos os turnos de atendimento pela demanda que procuram os usuários, não temos consultas agendadas. Eles são avaliados e se indica voltar dentro de quatro meses para nova reavaliação. Desta forma continua-se o acompanhamento destas patologias, realizo em média 180

atendimentos a hipertensos e cerca de 100 para diabéticos já acompanhados, nestes casos a cobertura é baixa e, por enquanto, constitui um desafio neste programa. Já começamos a programar estratégia com a busca ativa de usuários com estas doenças, mediante finalização do cadastramento de toda a população, visitas domiciliares, salas de espera que se faz na unidade. Começamos a fazer o registro destas doenças, onde ficará registrada, por cada usuário, a avaliação dos indicadores de qualidade. Anteriormente as consultas foram feitas para troca de receita e não temos avaliação dos indicadores de qualidade, agora combinamos fazer consulta de reavaliação destes usuários com uma avaliação integral. Pretendemos criar um arquivo específico para os prontuários destas doenças, estamos fazendo identificação deles para o melhor monitoramento. Não temos grupos específicos destas doenças, eles se incluem dentro dos diferentes grupos que temos na unidade que além de não termos no município o apoio do NASF, pretendemos fazer ações de saúde dirigidas a mudanças dos estilos de vida como controle do peso corporal, estimular a prática de atividade física, palestras sobre prevenção das complicações destas doenças, orientação de hábitos alimentares saudáveis, entre outras.

Em relação ao atendimento aos idosos, é feito todos os dias da semana e em todos os turnos de atendimento, participam neste atendimento todos os membros da equipe. Não saem da consulta com a próxima programada, uma vez que eles chegam à unidade e são acolhidos e existe o estatuto do idoso que dá prioridade a seu atendimento, além disso, são feitas visitas domiciliares. Hoje realizo em média 80 idosos residentes na área e acompanhados na UBS, já com a estratégia pretendemos fazer agendamento como grupo prioritário com consulta de reavaliação cada quatro meses. Não temos grupos específicos do idoso, eles ficam juntos com outro grupo da comunidade e fazem ações de promoção e proteção de saúde, igual é feita na casa do idoso.

Além disso, fazemos ações nas consultas, nas palestras, na sala de espera e nas atividades com grupo de caminhadas, independentemente de que as ações são feitas por membros da equipe. Precisamos em nossa unidade de apoio de nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, educadores físicos e assistência social para suporte às mudanças que acontecem nesta etapa da vida. Além disso, não temos em todas as unidades caderneta de saúde da pessoa idosa, que é um instrumento que permite preencher informações

importantes e a identificação de sinais do risco dos idosos, mas isto está entre uma das propostas a ser solicitada a secretaria do município, a possibilidade de fazer entrega a todos os idosos desta caderneta. Ainda não temos um levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar, acredito que uma da estratégia que podemos fazer é um registro específico por cada micro área sobre os idosos que precisam de cuidado domiciliar com um planejamento destes cuidados.

Outra das dificuldades é que não se faz avaliação multidimensional rápida dos pacientes idosos para melhorar a qualidade de vida nesta idade, nem levantamento dos indicadores de fragilização na velhice. Uma vez feita esta avaliação, precisaria ter especialista para as diferentes áreas avaliadas que precisarem de atendimento como: Oftalmologista, Otorrinologista, Urologista, entre outros que em nosso município tem uma longa lista de espera.

Depois de fazer uma avaliação da análise situacional em minha unidade, eu acredito que os principais desafios que temos que trabalhar são os seguintes:

- Realizar o cadastramento de 100% da população da área de abrangência;

- Implantação da puericultura para as crianças de 12-72 meses.

- Implantar a atenção odontológica às crianças de 0 a 72 meses e às gestantes.

- Incrementar a cobertura de atenção as gestantes na unidade e diminuir o número de captações tardias mediante ações intencionadas com todos os membros da equipe, além de incluir a figura do pai nesse processo do pré-natal, puerpério e planejamento familiar.

- Fazer os 100% dos prontuários rotatórios para melhorar o processo do trabalho e monitoramento dos indicadores da qualidade nos programas de câncer do colo e de mama.

- Incrementar a cobertura de Hipertensos e Diabéticos na unidade.

- Fazer os registros específicos para os diferentes programas para um melhor controle e monitoramento.

- Programar avaliação multidimensional rápida dos pacientes idosos para melhorar a qualidade de vida nesta idade.

-Criar, junto com equipe da unidade, os grupos de Hipertensão e Diabetes para fazer ações mais direcionadas com apoio multiprofissional.

Eu acredito que em comparação a análise situacional de minha unidade que foi feita na semana de ambientação, acho que foi muito superficial, agora com a utilização dos diferentes questionários que abarcaram todos os elementos das diferentes temáticas e apoiando-nos na discussão de cada temática com todos os membros da equipe, mesmo assim com as diferentes estratégias propostas. Tentamos fazer uma avaliação mais profunda da realidade de nossa unidade, estamos em condições de melhorar o trabalho na unidade, com uma participação ativa da comunidade e dos membros da equipe e garantindo que atenção básica seja a porta de entrada do sistema de saúde, onde todos os profissionais atuem na busca de soluções dos problemas da comunidade e incrementando as ações de promoção e proteção da saúde.

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

Em relação à análise situacional de nossa unidade que foi feita na semana de ambientação acreditamos que foi muito superficial, mas agora com a utilização dos diferentes questionários que abarcaram todos os elementos das diferentes temáticas e apoiando-nos na discussão de cada temática com todos os membros da equipe, mesmo assim com as diferentes estratégias propostas objetivamos fazer uma avaliação mais profunda da realidade de nossa unidade, estamos em condições de melhorar o trabalho na unidade, com uma participação ativa da comunidade e dos membros da equipe e garantir que a atenção básica seja a porta da entrada do sistema de saúde, onde todos os profissionais atuem na busca de soluções dos problemas da comunidade e incrementando as ações de promoção e prevenção de saúde.

Ao final da construção deste relatório conseguimos ver quais as ações que necessitamos melhorar, principalmente, nos indicadores de saúde. Esta mudança de olhar sobre o processo de trabalho está relacionada ao conhecimento adquirido sobre os princípios e diretrizes dos SUS e os protocolos do MS, o que permitirá uma melhor atenção e orientação aos

usuários, bem como uma qualificação do trabalho na atenção básica do município.

No entanto nota-se um grande progresso no que diz respeito ao modo de atendimento, porém ainda temos um longo avanço a fazer, sobretudo referente aos dados estatísticos e o trabalho com os indicadores de saúde, que nós da UBS/ESF Jardim América acreditamos que com a união da equipe de profissionais, com objetivos em comum, conseguiremos oferecer uma melhor qualidade de atendimento aos usuários que são sempre nossa razão do cumprimento do dever, enquanto profissionais da atenção em saúde da família.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A tentativa de uma ação programática com foco na atenção qualificada aos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) na atenção primária à saúde é primordial para melhorar a qualidade de vida das pessoas portadoras destas doenças. Sendo assim, podem-se realizar ações como: diagnóstico precoce para evitar as complicações das mesmas junto a atividades de promoção, prevenção e reabilitação (psicológica biológica e social). Ação todas dentro do modelo da Atenção Primária de Saúde, contribuindo-se, assim, para uma maior expectativa de vida da população atingida.

Minha unidade funcionava como uma Unidade Básica de Saúde (UBS) Tradicional até o mês de fevereiro do ano atual, quando foi implementada a ESF nas UBS no município. Tínhamos uma população de abrangência estimada nesses momentos de 2726, com 345 usuários Hipertensos e 65 diabéticos registrados, dados que não conhecíamos ao início só através da contabilização das fichas individual dos pacientes na UBS e as novas fichas que chegavam da redistribuição dos pacientes das outras áreas onde se atendiam muitos pacientes de Bom Fim, pela falta de médico pela falta de médico durante um ano na UBS de Bom Fim. Sendo assim com a nova redistribuição a população da área de abrangência se incrementou a 4000 habitantes. Com o novo modelo implementado da ESF facilitou-se a chegada dos agentes comunitários, os quais começaram a fazer as visitas domiciliares para completar o cadastramento da população, além da reorganização e redistribuição da população à nova delimitação territorial da área de abrangência das UBS. Por isto aumentou o total da população a atender na UBS, mas não o

número de hipertensos, que diminuiu para 275 ao passar muitos deles para uma UBS próxima ao considerar-se seu endereço correspondente, pertencendo assim dentro de sua zona de atenção. O contrário ocorreu com os diabéticos, que aumentaram para 74 nesta dinâmica de redistribuição. Deste modo, temos uma cobertura de 25% de hipertensos e 20% de diabéticos com uma população estimada maior de 20 anos de 2680 pessoas.

Devido ao aumento da quantidade de usuários portadores destas doenças no Brasil e alta morbidade de usuários que chegam à unidade procurando atendimento médico com o diagnóstico já feito, decidimos na equipe utilizar este tema como foco da intervenção, ainda sabendo que ficamos com uma prevalência abaixo dos parâmetros estabelecidos tomando como referência a população total cadastrada.

Mediante a realização desta intervenção, pretendemos melhorar a qualidade e valor da atenção dos usuários com estas doenças mediante uma atenção mais integral, aumentar o vínculo dos usuários que têm estas doenças com a equipe da unidade, de igual forma os usuários aumentarão o nível de conhecimentos de sua doença, para assim evitar os fatores de risco e as complicações mediante as mudanças em seu estilo de vida.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na ESF Bom Fim, São Gabriel/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Cadastrar 60% 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 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção 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 à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à 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.

3. Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido em 16 semanas para melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na ESF Bom Fim, São Gabriel/RS. O público alvo desta intervenção serão os adultos maiores de 20 anos de idade portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

3.1 Detalhamentos de Ações

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

Meta 1.1 Cadastrar 60 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Eixo de monitoramento e avaliação.

Ação:

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

Detalhamento: Para realizar esta ação eu vou monitorar nas reuniões da equipe, que são feitas semanalmente, em conjunto com os agentes comunitários o comportamento do cadastramento de igual formas as dificuldades para suas soluções.

Eixo Organização e Gestão do serviço.

Ações:

- Garantir o registro que tem todas as informações necessárias para os hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, acolhimento acorde a cobertura de atendimento, material para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde

Detalhamento: Para dar saída a esta ação, a enfermagem solicitara ao centro medico os materiais e instrumentos adequados e suficientes pra a fazer na unidade a tomada da pressão arterial e teste de glicose a toda a população maior dos 20 anos que procure atendimento com fatores do risco para ter algumas destas doenças, da mesma maneira se reorganizara a agenda com uma programação de três atendimentos de hipertensos e um diabético por cada turno de atendimento.

Eixo Engajamento Público.

Ações:

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

importância de medir a pressão arterial a partir dos 20 anos, pelo menos, anualmente;

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg;
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento. Será realizada uma roda da conversa com a comunidade, conselho local de saúde e toda equipe da unidade para informar a existência do programa, de igual jeito as ações que serão feitas na unidade e na comunidade para o rastreamento da Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial e seus principais fatores do risco.

Eixo Qualificação da prática clínica.

Ações:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos e toda equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento. Para dar saída a esta ação, se realizará uma capacitação a todos os agentes comunitários para adequado cadastramento de Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência, e a toda equipe sobre a metodologia adequada para toma da pressão arterial e realização de Hemoglicoteste.

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

Metas:

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.

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de exame clínico, laboratoriais com a periodicidade recomendada de acordo com o protocolo para atendimento a Hipertensos e diabéticos da mesma forma o acesso aos medicamentos da farmácia Popular /Hiperdia e necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Para fazer esta ação, o clínico geral em conjunto com enfermagem, vai monitorar as fichas espelho e os prontuários de acompanhamentos dos usuários com Hipertensão e ou Diabetes que tiveram atendimento na unidade.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ações:

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos, estabelecer periodicidade para atualização com a versão atualizada na unidade, definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com doenças de hipertensão e diabetes, garantir solicitação, agilidade e sistema de alertas de exames complementares definidos no protocolo, fazer controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos, assim como organizar ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Para dar saída a esta ação o clínico geral capacitara a toda equipe em relação à solicitação de exames, necessidade de atendimento odontológico, sistema de alertas de exames complementares com prioridade de

atendimento para aqueles com resultado as alterados. De igual modo, demandar ao gestor para garantir à quantidade de exames complementares que serão utilizados durante a intervenção, as técnicas de enfermagem confeccionarão um registro de necessidade de medicamentos para hipertensos e diabéticos e semanalmente avaliarão a cobertura de medicamentos e o estoque na farmácia na unidade que dê a cobertura aos usuários cadastrados com estas doenças.

Eixo Engajamento Público

Ações:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, necessidade e periodicidade de realização de exames complementares, direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso e importância de realizar avaliação da saúde bucal.

Detalhamento: Para dar saída a esta ação se orientará, durante o atendimento individual, rodas de conversas com o grupo de hipertensão e diabetes, nas salas de espera que serão feitas na unidade quando os pacientes aguardem por atendimento médico e na comunidade sobre a necessidade de fazer os exames complementares, o direito a acesso a medicamentos da Farmácia e possíveis alternativas para obter este acesso de igual forma sobre a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Eixo Qualificação da prática clínica.

Ações:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares, atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes, na orientação aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e /ou diabéticos.

Detalhamento: Para desenvolver esta ação, se realizará a capacitação a todos os membros da equipe sobre protocolo atualizado de Hipertensão e Diabetes sobre como fazer exame clínico, solicitação de exames complementares, orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia e avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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.

Eixo monitoramento e avaliação.

Ações:

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

Detalhamento: Para avaliar esta ação mensalmente se revisara a ficha espelho e o registro controle dos usuários com estas doenças e se realizara um relatório do comportamento dos faltosos e se discutira na reunião da equipe.

Eixo organização e gestão do serviço.

Ações:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos, reorganizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Nesta ação, após fazer avaliação mensal do registro do comportamento dos usuários, serão entregues a cada agente comunitário os pacientes faltosos por cada micro área, se realizara planejamentos de visitas domiciliares por aparte de clínico geral e enfermagem para aqueles que têm algum impedimento para receber atendimento na unidade, se realizará o planejamento do

retorno e se registrara na ficha espelho e prontuário, de acordo ao protocolo em dependência da avaliação do risco cardiovascular.

Eixo Engajamento Público

Ações:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltoso), esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Para desenvolver esta ação, se orientará no atendimento individual, nas rodas de conversa com o grupo de hipertensão e diabetes e com a comunidade, salas de espera que sejam feitas com aqueles usuários que aguardem atendimento médico no dia sobre a importância de assistir as consultas e sua periodicidade.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ações:

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

Detalhamento: Para dar saída a esta ação será feita uma capacitação aos agentes comunitários sobre orientação dos usuários com hipertensão e diabetes sobre as consultas e sua periodicidade.

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.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ações:

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e /ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Diariamente se realizara o controle por parte do clinico geral e enfermagem das fichas espelhos e prontuários do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos que tiveram atendimentos médicos neste dia.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ações:

- Manter as informações do SIAB atualizadas, implantar a ficha de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações, definirem responsável pelo monitoramento dos registros, organizarem 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: Para esta ação será preenchida diariamente, durante o atendimento médico, a ficha espelho do acompanhamento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, a enfermagem será a responsável de manter atualizadas as informações do SIAB e preencher a planilha de coleta de dados que serão utilizadas durante o projeto, da mesma maneira o clinico geral será responsável pelo registro de informações que viabilizem as situações do alertas durante o atendimento médico dos usuários com Hipertensão e/ou diabetes.

Eixo Engajamento público

Ações:

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

Detalhamento: Serão orientados em todos os espaços já sejam no atendimento médico individual, salas de espera, rodas das conversas com o grupo de hipertensão e diabetes e toda a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Eixo Qualificação da pratica clínica

Ações:

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabético e o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Realizar-se-á uma capacitação a toda equipe sobre o preenchimento de todos os registros necessários e adequados dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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.

Eixo monitoramento e avaliação.

Ações:

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

Detalhamento: Para avaliar esta ação o clínico geral, a cada quatro meses, realizará um relatório do comportamento da avaliação do risco cardiovascular aos usuários que tiveram atendimentos neste período e será exposto na reunião da equipe na última semana do mês.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ações:

- Priorizar e organizar a agenda para o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Para dar saída a esta ação, serão planejadas agendas dos atendimentos, em todos os turnos, para aqueles usuários como Hipertensão e Diabetes, classificados como alto risco de doenças cardiovascular em dependência da frequência do acompanhamento de acordo ao protocolo.

Eixo Engajamento Público

Ações:

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

Detalhamento: Para desenvolver esta ação, se orientara no atendimento individual, nas rodas de conversa com o grupo de hipertensão e diabetes e com a comunidade, salas de espera que sejam feitas com aqueles usuários que aguardem atendimento médico no dia sobre o à importância, acompanhamento regular e adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, por exemplo).

Eixo Qualificação da prática clínica

Ações:

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

Detalhamento: Para dar saída a esta ação, o clínico geral capacitara a toda equipe em relação à metodologia para estratificação de risco o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, importância do registro desta avaliação e estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

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 à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à 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.

Eixo monitoramento e avaliação

Ações:

- Monitorar a realização de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Para monitorar esta ação o clínico geral e enfermagem, semanalmente, discutirão com toda equipe as ações de promoção propostas no programa para toda a comunidade da mesma maneira se avaliarão as dificuldades e as possíveis soluções.

Eixo Organização e gestão do serviço.

Ações:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável pratica de atividade física, tempo médio de consultas para orientações em nível individual, demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade de igual jeito a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”.

Detalhamento: Para dar saída a esta ação se criará na comunidade o grupo de hipertensão e diabetes, se realizarão rodas de conversas em parceria com nutricionista sobre alimentação saudável, educador físico sobre importância da pratica de exercícios físicos e psicólogos sobre os riscos do tabagismo com o grupo de hipertensão e diabetes, por enquanto serão solicitados a gestor municipal os medicamentos para os usuários que tem estas doenças e pertencem ao grupo, serão feitas caminhadas três vezes por semana com o grupo para promover a

pratica regular de atividade física.

Eixo Engajamento público.

- **Ações:**

- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, pratica de exercícios físicos, higiene bucal e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Serão realizadas rodas de conversas mensais com o grupo de Hipertensão e diabetes, além de abordar o assunto durante os atendimentos e salas de espera, a fim de informar sobre a importância da alimentação saudável pratica de atividade física regular, existência para abandonar o tabagismo e importância da higiene bucal que deve ter os usuários com estas doenças.

Eixo Qualificação da pratica clínica.

- **Ações:**

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre importância de alimentação saudável, práticas de atividade física regular, tratamento de pacientes tabagistas, higiene bucal e metodologias em educação em saúde.

Detalhamento: Para esta ação serão consolidadas parcerias com Educador físico para a capacitação de toda equipe sobre a promoção da pratica de atividade física regular e metodologia para Educação em saúde, serão realizadas por parte de enfermagem uma roda da conversa com toda equipe sobre as principais ações da promoção e tratamento para abandonar o tabagismo da mesma maneira odontologista da UBS próxima realizará uma capacitação a nossa equipe para oferecer orientações de Higiene bucal.

3.2 Indicadores

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

Meta 1.1 Cadastrar 60% 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 60% 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 à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5 Garantir 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.

3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa da Hipertensão e Diabetes vamos adotar o caderno de atenção básica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (2013), disponível na unidade de saúde. Utilizaremos a ficha-espelho fornecido pelo curso durante o atendimento medica individual diário, onde se preencherão os dados pessoais e todas as informações relacionadas com

exames complementares, classificação do risco cardiovascular, programação de consultas, entre outras informações de importância para a intervenção. Para o acompanhamento semanal da intervenção será utilizada a planilha de coleta de dados com todas as informações fornecidas na ficha espelho.

Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção dos hipertensos e diabéticos, pretendemos ter uma média de atendimento de 121 hipertensos ao mês, 30 semanal e média de 7 diários. Enquanto aos diabéticos, devemos fazer 32 atendimentos mensais, 8 por semana e média de 1 a 2 diário. A análise situacional e a definição de um foco para intervenção já foram discutido com a equipe da UBS assim começaremos a intervenção com a capacitação, na primeira reunião de equipe, de todos, sobre o Protocolo do Manejo da Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus na atenção básica do Ministério de Saúde (2013). Para que toda equipe utilize esta referência na atenção aos usuários com hipertensão e diabetes, de igual forma será feita a capacitação com os ACS e toda a equipe. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservados 2 horas da reunião da equipe. O clínico geral exporá o conteúdo aos outros membros da equipe na primeira hora e, na segunda hora, será exposto pela enfermeira da unidade sobre o manual do cadastro dos usuários com estas doenças.

Na segunda semana se exporá a temática sobre Orientação nutricional em pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus Esta capacitação ocorrera na própria UBS, a nutricionista em parceira com clínico geral exporá o conteúdo aos membros da equipe.

Na terceira semana se exporá a temática sobre Pratica regular de exercícios físicos em pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Esta capacitação ocorrera na própria UBS, o clinica geral em parceira com Educador Físico exporá o conteúdo aos membros da equipe.

Educação em saúde.

Na segunda semana, com o início das visitas domiciliares pelos agentes comunitários, cada agente comunitário deve incorporar ao grupo de hipertensos e diabéticos um total de dois hipertensos e um diabético por cada micro área, para isso deve preencher em uma planilha o consentimento informado dos usuários com estas doenças do participar nas ações do grupo.

Na primeira semana, a enfermagem exporá as temáticas destas doenças (Hipertensão e Diabetes) que sejam expostas na sala de espera, ficara à programação no cartão da recepção (neste caso sejam feitos em duplas) as 08h00min da manhã na segunda e quarta-feira, com todos os usuários que estejam aguardando para atendimento médico, ao terminar esta palestra se entregará uma folha onde será assinada a participação dos usuários.

Na quarta semana de cada mês, na quinta feira às 13h00min, serão feitas na sala da Igreja Católica do bairro Bom Fim e no CTG do mesmo bairro, as rodas de conversa com a participação dos membros do grupo criado de hipertensão e diabetes com as diferentes temáticas:

- Primeira semana se exporá a temática sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Principais Fatores do risco e sua prevenção, de igual forma a importância de fazer tratamento e assistir as consultas planejadas, principais sintomas e suas complicações, efeitos do tabagismo em usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Esta temática será feitas pelo Clínico Geral e enfermagem, na sala do CTG do Bairro Bom Fim, com participação de toda a equipe, grupo de hipertensos e Diabéticos e todos os usuários da comunidade através do convite do conselho local de saúde e agentes comunitários.
- No segundo e quarto mês na segunda semana, se exporá a temática sobre Importância da alimentação saudável que deve ter os usuários com estas doenças. Esta temática será feita por nutricionista na sala de espera da Igreja do Bairro Altos da Gloria com participação de todo equipe, grupo de hipertensos e Diabéticos e todos os usuários da comunidade a traves do convite do conselho local de saúde e agentes comunitários.
- No segundo e quarto mês, na primeira semana, se exporá à temática: Aspectos psicológicos da Hipertensão Arterial e Diabetes, principais terapias de apoio. Esta temática será feitas por Psicólogos do CAPS, na sala de CTG da comunidade do Bom Fim com participação de toda a equipe, grupo de hipertensos e Diabéticos e todos os usuários da comunidade através do convite do conselho local de saúde e agentes comunitários.
- No terceiro mês, na terceira semana, se exporá à temática: Hipertensão Arterial e Diabetes Direitos dos usuários em relação à manutenção de seus

registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, importância da prática regular de exercícios físicos e Higiene bucal. Estas temáticas serão feitas pela enfermagem e clínico geral na sala de CTG Do bairro Bom Fim com participação de toda a equipe, grupo de hipertensos e Diabéticos e todos os usuários da comunidade através do convite do conselho local de saúde e agentes comunitários.

- No terceiro mês, na segunda semana, se exporá à temática: Hipertensão Arterial e Diabetes Direitos e prática de atividade física regular. Esta temática será feita por professor da Educação física da escola de Bom Fim, na Academia do Bairro com participação de todos os membros da equipe, grupo de hipertensos e Diabéticos e todos os usuários da comunidade através do convite do conselho local de saúde e agentes comunitários.

Sobre organização do serviço.

Começaremos a fazer a pesquisa ativa a partir do acolhimento que será feito por todos os membros da equipe em todos os turnos de atendimento precisando aqueles usuários que procurem a unidade, se tem fatores do risco associados para estas doenças, uma vez que são acolhidos, serão feitos a aferição da pressão arterial e Hemoglicoteste pela enfermeira e técnicas de enfermagem, na sala de procedimentos, com as técnicas de tomada da pressão arterial adequada e com os critérios que deve cumprir o usuário. Se os resultados forem positivos de diagnóstico, tendo em conta os critérios expostos pelo Ministério de Saúde para estas doenças, se procedera ao atendimento com clínico geral para avaliação.

Para dar cobertura a este programa, a recepcionista vai garantir o agendamento de seis atendimentos de Hipertensos e dois Diabéticos por cada turno de atendimento, com prioridade para os usuários classificados com risco cardiovascular e os faltosos mediante uma agenda que ficará na recepção e serão registrados os pacientes no dia e turno que corresponda.

Semanalmente, a técnica de enfermagem que fica na Farmácia na entrega de medicamentos, realizará o relatório da cobertura dos Medicamentos para o tratamento destas doenças (Hipertensão e Diabetes Mellitus) de igual forma os medicamentos alternativos fitoterapêuticos, o mesmo serão avaliados por clínico geral

e enfermagem para solicitação a assistência farmacêutica os medicamentos que estiveram em baixa cobertura o em falta para garantir a prescrição de medicamentos a estes usuários.

Monitoramento das ações.

Todas as quarta feiras na reunião de equipe, cada agente comunitário exporá a situação de sua microarea em relação com o comportamento do cadastramento dos usuários que tem estas doenças e serão incorporados estes usuários ao registro específico de controle, de igual forma será agendado e cada agente comunitário informara a cada usuário quando deve vir à consulta de acordo ao agendamento.

Mensalmente, na última reunião da equipe do mês, o Clínico Geral realizara o relatório do comportamento das principais ações do projeto, comportamento da cobertura, número de faltosos, número de hipertensos e diabéticos que não tem exames complementares em dia de acordo a protocolo, quantidade de hipertensos e diabéticos com risco cardiovascular e as estratégias de acompanhamento em cada uma das situações.

Sobre reorganização do registro específico.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisara o livro do registro identificando todos os usuários com Hipertensão e Diabetes que vieram ao serviço para atendimento médico nos últimos quatro meses. A profissional localizara os prontuários destes usuários e transcrevera todas as informações disponíveis nos prontuários para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizara o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames complementares em dia acordo a protocolo, classificação do risco cardiovascular, prescrição de medicamentos disponíveis na farmácia, orientação nutricional sobre alimentação saudável, pratica regular de exercícios físicos, risco do tabagismo e higiene bucal.

A partir do primeiro dia da implementação do projeto da intervenção o clínico geral terá na consulta o registro controle dos usuários que chegam a receber atendimento médico por estas doenças (Hipertensão e Diabetes) durante este primeiro atendimento se realizara o exame clínico geral, classificação do risco cardiovascular, indicação de exames complementares de acordo a protocolo,

prescrição dos medicamentos, orientações sobre alimentação saudável, prática regular de exercícios, importância da higiene bucal, importância do cuidado à saúde e assistir as consultas planejadas de controle, entre outros. Estas informações serão preenchidas no prontuário e na ficha espelho do paciente, uma vez que termine o atendimento serão agendados para avaliação de resultado dos exames.

Diariamente, a enfermagem vai a preencher no SIAB número de atendimento dos usuários com Hipertensão e Diabetes em nossa unidade da mesma maneira serão preenchidas as informações na planilha coleta de dados que foi fornecida pelo curso.

3 Relatório da Intervenção

A Equipe de Saúde Bom Fim, em parceria com gestor Municipal, membros do NASF, conselho de saúde e moradores da comunidade dos Bairros Pomare, Medianeira, Morro de Barria e propriamente Bom Fim realizou um projeto de intervenção para melhorar a qualidade da vida das pessoas que tem doenças de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus que pertencem a nossa unidade, mediante um conjunto de ações planejadas de promoção, prevenção, identificação precoce e tratamento oportuno para evitar as complicações. A intervenção estava prevista para ocorrer em 16 semanas, porém ocorreu no período de Junho/2015 a Agosto/2015 durante 12 semanas por indicações e decisão da Universidade Federal de Pelotas. As ações desenvolvidas foram planejadas e seguiram um cronograma baseado em ações propostas nos seguintes eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Foram trabalhados os seguintes objetivos:

- Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.
- Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensos e/ou Diabéticos.
- Melhorar a adesão de Hipertensos e/ou Diabéticos ao programa.
- Melhorar o registro das informações.
- Mapear Hipertensos e/ou Diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.
- Promover a saúde de Hipertensos e /ou Diabéticos.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante a intervenção realizada em equipe foram cadastrados 364 usuários deles 345 hipertensos e 120 diabéticos. Para alcançar essa cobertura fizemos diferentes estratégias como reorganização da agenda dos atendimentos clínicos dando prioridade em dependência das demandas aos usuários do alto risco no primeiro momento para 4 atendimento para Hipertensos e 2 Diabéticos por cada turno de atendimento, durante o desenvolvimento do programa foi insuficiente a quantidade de turnos porque tivemos um aumento da quantidade de pessoas que procurarem a unidade e para não afeitar outros serviços a equipe decidiu abrir a demanda espontânea para que todo os que procurarem incorporar ao programa não tiveram dificuldade. O retorno dos usuários foi agendado de acordo com o risco. Essa medida de acompanhamento foi realizada com facilidade, já tínhamos toda a organização do serviço para esse cuidado, uma vez que reorganizamos a agenda para casos priorizados os de maior risco e a demanda espontânea para os demais usuários, em duas ocasiões tiveram que fazer atividades em horários extras e descentralizações locais com muito apoio dos membros do conselho de saúde na comunidade, verificação da pressão arterial e prova de Hemoglicoteste a todos os usuários com fatores do risco dessas doenças que procurarem atendimento na unidade. Foi garantido todo o material para o desenvolvimento do projeto, a filha espelho e planilha coleta de dados para o preenchimento das informações fornecidas por os usuários cadastrados do mesmo jeito logísticos relacionada com o material adequado para a tomada da pressão arterial (Esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica.).

Em relação a vincular a comunidade com o projeto foi realizado da roda de conversa na unidade a equipe em conjunto com conselho local de saúde com membros da comunidade para informar o início do programa, as principais ações que foram desenvolvidas, a importância de medir a pressão arterial a partir dos 20 anos pelo menos anualmente e fazer teste de glicose a todos os que têm fatores do risco associados, foram utilizados além de isso as salas de esperas na unidade, as divulgações a traves da página web do bairro e durante as visitas domiciliares

realizadas por agentes comunitários em todos os uns das vivendas dos moradores do Bairro.

Foram realizadas capacitações na unidade básica de saúde com uma duração de 1 hora por cada temática, com todos os membros da equipe sobre como fazer o cadastramento dos usuários com Hipertensão e Diabetes da mesma maneira aos agentes comunitários para o adequado cadastramento de Hipertensos e Diabéticos e a metodologia adequada para toma da pressão arterial e realização de Hemoglicoteste.

A equipe durante todo o projeto fez o monitoramento semanal nas reuniões de equipe do comportamento do cadastramento dos usuários cadastrados e os benefícios e dificuldades do desenvolvimento do projeto e as possíveis estratégias para solucioná-las.

Com o objetivo de melhorar a qualidade de atenção a usuários com Hipertensão e Diabetes foram realizadas capacitações com todos os membros da equipe sobre o protocolo de HAS e DM, além de definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico, agilidade e sistema de alertas de exames complementares definidos no protocolo com prioridade aqueles com resultados alterados, foram reorganizada a agenda para atendimento odontológico priorizado a todos aqueles usuários classificados como alto risco.

Durante todo o desenvolvimento do projeto não foi possível o atendimento odontológico aos usuários agendados no programa classificados como alto risco porque a Unidade Básica de Saúde (UBD) não possui serviço odontológico pelo que encaminhávamos aos pacientes para a UBS de CAIC, sendo avaliado pelo odontologista da equipe que exerce seu trabalho nessa UBS.

Em relação ao comportamento dos medicamentos semanalmente foram realizadas avaliação do comportamento de abastecimento e em algumas ocasiões tivemos dificuldades que foram alertadas aos gestores municipais e tomadas as estratégias oportunas para o abastecimento adequado acorde a necessidade dos usuários cadastrados, do mesmo jeito foram revalidado alguns usuários que usavam uma quantidade de medicamentos que não ficavam acordes ao protocolo de tratamento, em alguns dos casos foi baixada a doses e em outros casos foi retirado o medicamento, estes usuários tiveram um controle continuo e com o apoio de toda equipe e Assistência Farmacêutica.

No atendimento individual, nas salas de esperas que foram realizadas por os membros da equipe foram orientados aos usuários cadastrados a necessidade de fazer os exames complementares muitos deles tinham os exames em dia acorde a protocolo outros foram indicados e reagendada a consulta para avaliação desses exames, além de o direito a acesso a medicamentos da Farmácia e possíveis alternativas de igual forma sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Ao início da Intervenção a equipe foi avaliando a dificuldades que tinha os usuários cadastrados sobre o conhecimento dos medicamentos de suas doenças e muitos deles além de dizer que continuamente tomavam os medicamentos chegaram com nível alto de pressão arterial e glicose pelo que decidimos precisar do apoio da Assistência Farmacêutica com ações planejadas para estes usuários, realizamos a roda de conversa em conjunto onde foram orientados sobre o uso racional dos medicamentos anti-hipertensivos hipoglicemiantes – seguimento do horário prescrito, doses, reações adversas, riscos complicações da automedicação além de serem entrevistados alguns pacientes que gostaram da atividade e de continuar o acompanhamento deste jeito.

Durante todo o desenvolvimento do projeto foi realizada a busca ativa de faltosos por todos os membros da equipe. Mensalmente se realizava um relatório do comportamento dos faltosos com o apoio de os dados que tínhamos na filha espelho, os nomes foram entregues aos agentes comunitários por cada micro áreas, os que faziam as visitas domiciliares e em muitos casos foram agendados, e outros por dificuldades ou algum impedimento, o clinico geral e enfermagem fazia a visita nas vivendas para o cadastramento. Em cada atendimento individual, roda de conversas se orientava aos cadastrados a importância de assistir as consultas e sua periodicidade.

Para melhorar o registro das informações a equipe foi capacitada os membros da equipe sobre o preenchimento das informações de todos os registros utilizados no projeto. Utilizou-se semanalmente a planilha coleta de dados com todas as informações fornecidas na filha espelho para que mensalmente os indicadores da intervenção pudessem ser acompanhados e assim avaliar o desenvolvimento da mesma, fazendo ajustes necessários quando necessário. Todas as informações foram enviadas ao Ministério de saúde pelo sistema do SUS.

Com o objetivo de fazer atendimento intencionado com os hipertensos e /ou diabéticos cadastrados foram capacitados os membros da equipe em relação à metodologia para estratificação de risco e escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, importância do registro desta avaliação e estratégia para o controle de fatores de riscos modificáveis. Tínhamos reorganizada a agenda para aqueles classificados como alto risco de doenças cardiovasculares em dependência da frequência do acompanhamento acorde a protocolo. Os usuários foram orientados em cada atendimento de sua classificação do risco. Além do acompanhamento regular e adequado controle de fatores dos riscos modificáveis.

Para promover a saúde de Hipertensos e Diabéticos Foi criado em nossa comunidade o grupo de hipertensos e diabéticos onde foram realizadas ações de promoção de saúde em conjunto com a comunidade na sala de espera com temáticas sobre estas doenças. Todos os membros da equipe participaram dessa atividade. Foram realizadas rodas da conversa por parte do clínico geral sobre hipertensão e diabetes, sintomas, fatores do risco, principais complicações e importância do tratamento dietético e medicamentoso. Foi realizado pela nutricionista do NASF orientações sobre alimentação saudável. A farmacêutica orientou sobre o uso racional dos medicamentos anti-hipertensivos hipoglicemiantes – seguimento do horário prescrito, doses, reações adversas, riscos complicações da automedicação.

Tivemos uma alta demanda de usuários com doenças mental associadas foram realizadas atividades com o grupo por parte da Psicologia com ações de terapia de relaxação.

A dentista em conjunto com auxiliar bucal falou sobre os cuidados da saúde bucal e as medidas higiênicas para evitar as doenças bucais, sinais de alarme do câncer bucal já que a maioria são idosos, idade que e muito freqüente o uso de próteses dentarias um dos fatores do risco, com a participação ativa dos membros da equipe e conselho local de saúde e gestores municipal no planejamento destas atividades estas atividades foram feitas em alguns casos na unidade e em outros na sala da Igreja de nossa comunidade.

Ao final das atividades educativas entregamos impressos com orientações para uma maior compreensão dos temas abordados.

Pela importância que tem as ações de promoção e prevenção de saúde em usuários com estas doenças e as dificuldades que tivemos ao fazer a parceiras que

em muitas ocasiões durante o projeto tivemos que mudar as ações planejadas de uma semana para outra foi solicitado ao gestor e coordenação de atenção básica a necessidade que tínhamos de ter de forma permanente o apoio do NASF em nossa comunidade, hoje já temos na unidade um NASF que continuará de forma rotina as ações de promoção com a comunidade.

Durante todo o desenvolvimento do projeto em cada uma das ações foram tomadas fotos e entrevistas com os usuários sobre o projeto e as sugestões para melhorar atenção nos usuários com doenças de Hipertensão e Diabetes.

Mensalmente na última semana de cada mês na reunião de equipe se realizava um relatório do comportamento das principais ações do projeto, a cobertura, número de faltosos, número de hipertensos e o/u diabéticos que não tinha exames complementares em dia acordo com o protocolo, quantidade de hipertensos e/ou diabéticos com risco cardiovasculares e as estratégias de acompanhamento em cada uma das situações, os membros da equipe deixamos como acordo temática fixa em nossa reunião de equipe para avaliação na última semana do mês com uma frequência cada dois meses

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

As ações de promoção e prevenção de saúde planejada com o professor de Educação Física para o trabalho com o grupo não foram possíveis já que foi solicitado em muitas ocasiões ao Gestor municipal e como não temos na secretaria de saúde foi chamado à secretaria de Educação e a resposta foi que já tinham planejadas outras atividades para este período.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Durante o desenvolvimento da intervenção tivemos dificuldades na coleta e sistematização dos dados devido a pouca habilidade do trabalho com a mesma, mas com o apoio do orientador do curso de especialização foi superada esta dificuldade. Tivemos que diariamente trabalhar neste sentido já que muitos dos usuários tiveram que voltar com resultados de exames e em muitos casos mudava a classificação de risco e por enquanto o período de acompanhamento de sua doença e atualização de dos dados na filha espelho.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção será incorporada a rotina do serviço, por tanto, ampliaremos o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Continuaremos com as ações planejadas com agora com o apoio direto do NASF na unidade.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A Unidade Básica Bom fim após a mudança para Estratégia de Saúde da Família passou a atender uma população de 4.000 pessoas (antes eram 2726) que residem nos Pomares e Medianeira. Anteriormente a intervenção a equipe não possuía informações em relação ao quantitativo de usuários de sua área adstrita portadores de hipertensão e diabetes, dessa forma adotamos os valores estimados pela planilha disponibilizada pelo curso. De acordo com a planilha do curso, baseada em estudos feitos no Brasil para esta população em relação à prevalência dessas patologias, estima-se que em nossa área tenha um total de 608 portadores de hipertensão e 150 portadores de diabetes na população maior de 20 anos.

No projeto de intervenção estabelecemos metas e indicadores e traçamos ações a serem desenvolvidas.

A seguir apresentamos os resultados alcançados para as metas

Propostas:

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

Meta 1.1 Cadastrar 60% 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.

Meta 2.1. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 2.1. Cobertura do programa de atenção ao Diabético na unidade de saúde.

A Unidade Básica Bom fim após a mudança para Estratégia de Saúde da Família passou a atender uma população de 4.000 pessoas que residem nos Pomares e Medianeira, anteriormente a intervenção a equipe não possuía informações em relação ao quantitativo de usuários de sua área adstrita portadores de hipertensão e diabetes, dessa forma adotamos os valores estimados pela planilha disponibilizada pelo curso. De acordo com a planilha do curso, baseada em estudos feitos no Brasil para esta população em relação à prevalência dessas patologias, estima-se que em nossa área tenha um total de 608 portadores de hipertensão e 150 portadores de diabetes na população maior de 20 anos.

No primeiro mês de intervenção foi cadastrado um total de 99 usuários hipertensos que represento 16,3 %, no segundo mês 180 (29,6 %) e ao terceiro mês tivemos um total de 344 (56,6%) de usuários cadastrados. No caso de portadores de diabetes Mellitus cadastramos 27 no início que represento 18,0%, no segundo mês 49 (37,2 %) e no terceiro mês 124 (82,7 %), o que nos levou a fechar a intervenção com uma cobertura de 56,6 % e 82,7 % dos pacientes Hipertensos e Diabéticos respectivamente. Resultado muito favorável se considerou a cobertura inicial de 25% e 20 % de Hipertensos e Diabéticos respectivamente ao iniciar a intervenção.

Dessa forma ficamos próximo à meta de cobertura esperada, neste atingiu os dias de muitas chuvas no município durante o processo da intervenção, com a impossibilidade dos usuários passarem pela ponte devido à enchente do Rio Vacaraí, e a dificuldade dos caminhos pela lama, a distância da população de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS), e o predomínio de idosos na nossa população, lembrando que a UBS atende uma população da periferia da cidade e do interior do município, todo isto contribuiu á diminuição no ritmo de atendimento planejado dos usuários. Os fatores que contribuíram para alcançar o sobre cumprimento da cobertura dos diabéticos cadastrados e boa cobertura dos hipertensos, tendo em conta que a UBS começou se funcionamento com minha chegada ao mesmo no mês de Fevereiro deste ano 2015, sem nenhum conhecimento do total de hipertensos da comunidade, e um trabalho continuado de sete meses, estes fatores foram: o envolvimento da equipe na intervenção, a busca ativa dos faltosos pelos ACS, o acolhimento adequado com direcionamento dos

usuários para agendamento de consultas, a divulgação da intervenção através da página web do bairro, a tomada da pressão arterial aos maiores de 20 anos que compareciam a unidade para buscar atendimento e a realização de hemoglicoteste a todos os que têm fatores do risco para a Diabetes Mellitus, além de atividade de descentralização nas áreas do interior longe da UBS.

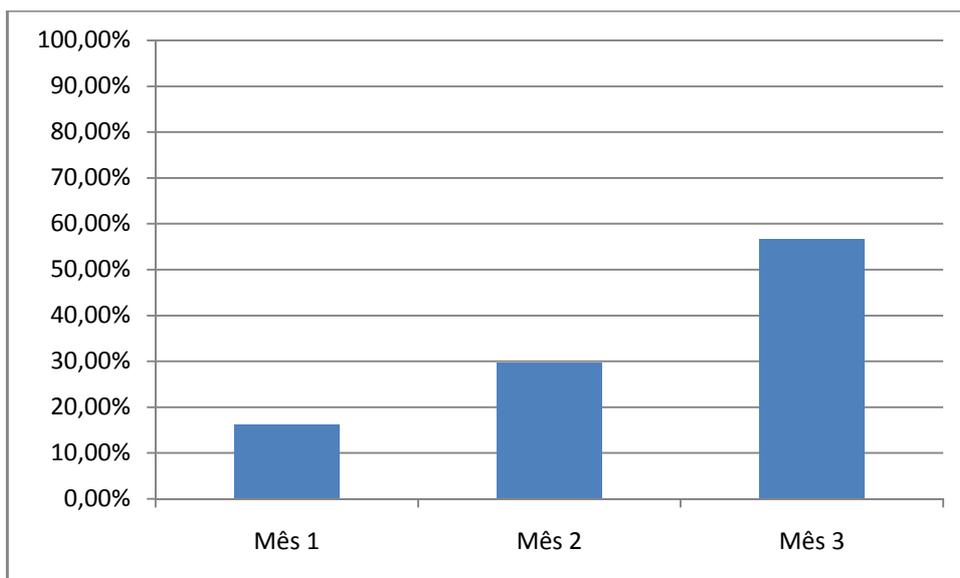


Figura 1 Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Bom Fim São Gabriel/RS, 2015.

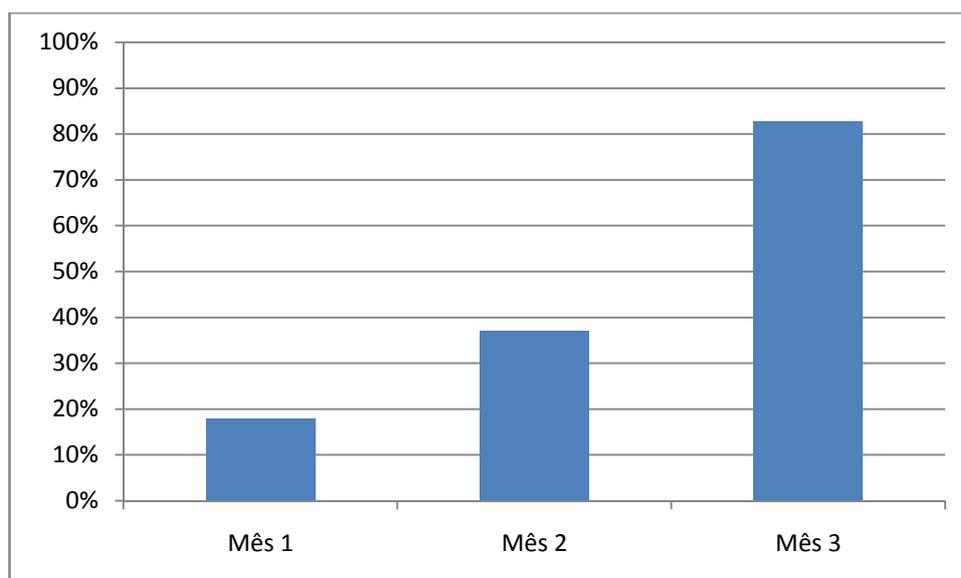


Figura 2 Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Bom Fim, São Gabriel/RS, 2015.

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.

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

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

Durante o acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos observamos que anteriormente ao programa estes usuários procuravam a unidade apenas para renovação da receita de medicamento e não consideravam importante fazer um exame clínico adequado. Ao longo da intervenção foi realizado o exame clínico em cada atendimento individual a todos os usuários cadastrados, uma vez que essa avaliação nos permitia conhecer cada usuário e oferecer uma avaliação integral para evitar e tratar oportunamente as complicações.

No primeiro mês foram examinados 99 (100%), no segundo 146 (81,1%) e ao terceiro 332 (96,5%) dos Hipertensos cadastrados no programa. Em relação aos diabéticos no primeiro mês 27 (100%) no segundo mês 39 (79,6%) e ao terceiro 120 (96,8%) dos diabéticos cadastrados. Durante todo o desenvolvimento do programa para chegar que todos os usuários cadastrados foram realizados o exame clínico, foi muito importante à participação ativa nos membros da equipe, a enfermagem e técnica de enfermagem que participarem durante o exame clínico no acompanhamento, na toma da pressão arterial, a realização de hemoglicoteste (HGT) a todos os diabéticos que foram cadastrados antes do atendimento médico.

Além da reorganização da agenda com prioridade aos de alto risco e demanda espontânea com os demais usuários que apoio que o clínico geral tivera o tempo de 15 minutos em cada atendimento sem afetar o desenvolvimento dos demais programas na unidade. Somente no segundo mês tivemos algumas dificuldade na realização do exame clínico acordo ao protocolo devido a algumas emergências hipertensivas que aconteceram em alguns pacientes durante a espera na sala com o conseguinte encaminhamento ao pronto atendimento e muitos tiveram internação no hospital ou foram levados para atendimentos em clinicas cardiológicas na Cidade de Santa Maria, descontinuando-se o seguimento pela equipe de saúde,

além disso neste mês não tínhamos o aparelho (glicosímetro) para medição do valor da glicose.

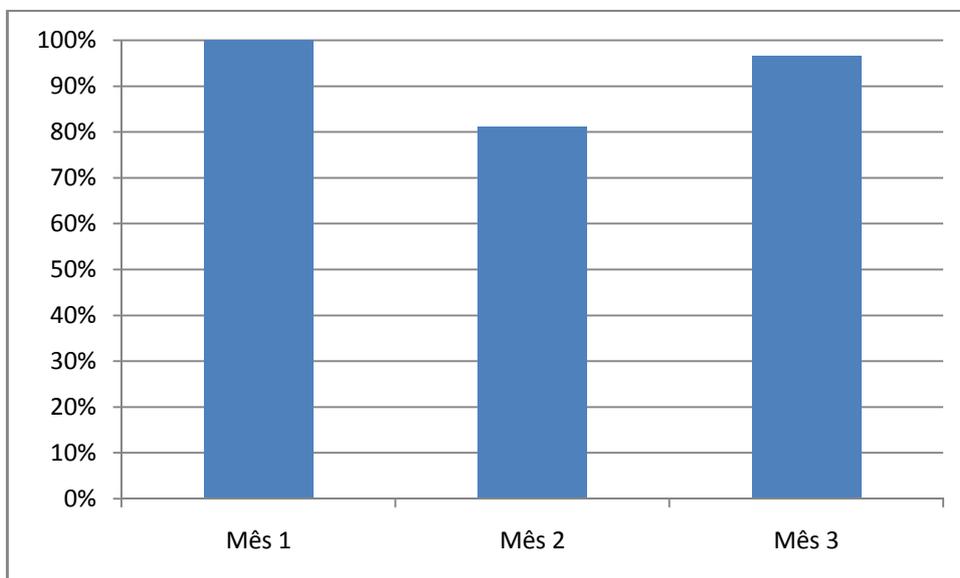


Figura 3 Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia acordo com o protocolo na ESF Bom Fim, São Gabriel/RS, 2015.

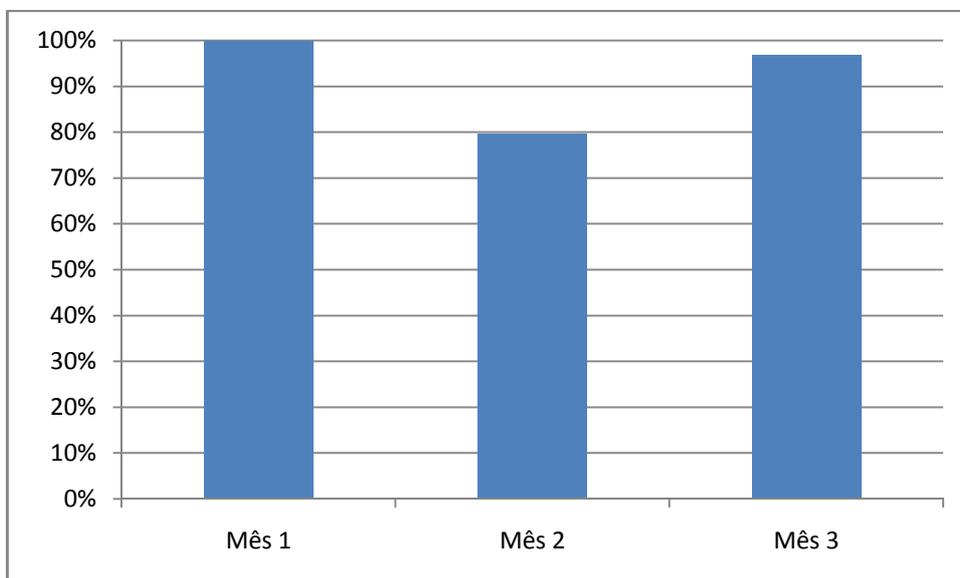


Figura 4 Gráfico Proporção de diabéticos com o exame clínica em dia acordo com o protocolo na ESF Bom Fim, São Gabriel/RS, 2015.

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.

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.

Uns dos parâmetros fundamentais no atendimento aos usuários com doenças crônicas como hipertensão e/ou o diabetes e alcançar uma avaliação integral além do exame clínico, mediante a realização de exame complementar em dia de acordo com o protocolo, que visa fazer uma adequada avaliação do risco e/ou diagnóstico precoce das complicações e seu tratamento oportuno. Ao longo da intervenção foram avaliados durante o atendimento individual a todos os usuários cadastrados com exames complementares aos quais se indicaram todos os exames complementares acordo o protocolo , mas não todos realizaram os exames no tempo oportuno devido á dificuldade do serviço dos laboratórios e a elevada demanda na realização dos mesmo para poucos laboratórios clínicos. No primeiro mês no caso dos hipertensos só tinham exames em dia realizados e avaliado os mesmo nas reconsultas 57 (57,6%), no segundo 99 (55,0%) e ao terceiro 282 (82,0%). Em relação aos diabéticos foram 20 (74,1%), no segundo mês 31 (63,3%) e ao terceiro 108 (87%). Uma vez que o usuário chegava à consulta foram avaliados os que tinham exame em dia e aqueles que não tinham foram realizados os pedidos com agendamento do retorno para que pudéssemos fazer novamente avaliação de acordo com os novos resultados dos exames. Em alguns casos tivemos usuários que após os resultados dos exames mudaram sua classificação de risco, já que alguns os resultados dos exames foram alterados, em muitos casos com outras doenças associadas como Hiperlipemias, Hipertireoidismo, Cardiomiopatias, e outras, com necessidade de encaminhamento a atenção especializada. Durante a realização destes exames o usuário demorava mais de uma semana já que foi garantida para todos os usuários a logística em cada um dos laboratórios do SUS, muitos fizeram os exames pagos nos laboratórios fora do SUS, no caso dos Eletrocardiogramas foram agendados desde a unidade, visando que o paciente tivera acessibilidade a todos os exames sim dificuldade.

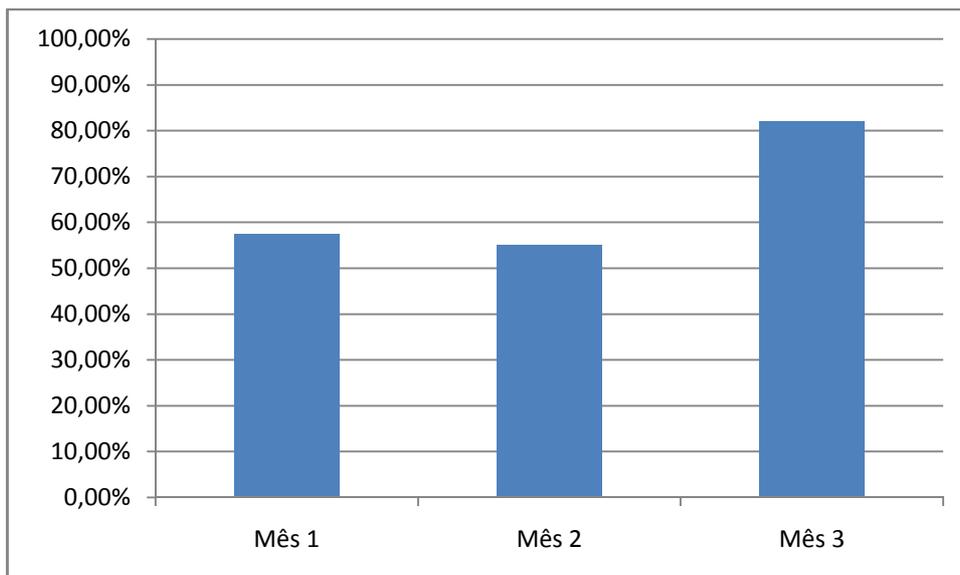


Figura 5 Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Bom Fim São Gabriel/RS, 2015.

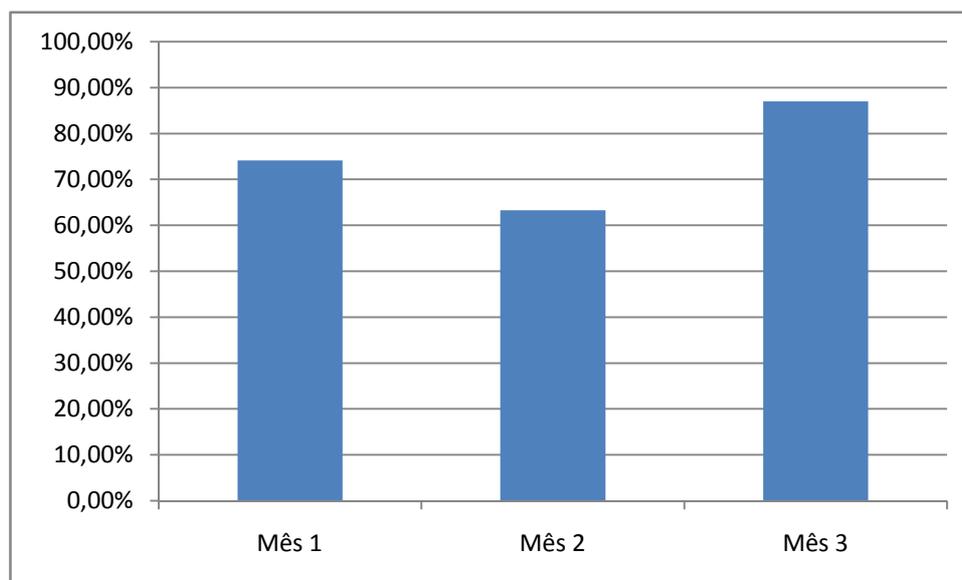


Figura 6 Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Bom Fim, São Gabriel/RS, 2015.

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.

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.

A prioridade no tratamento farmacológico é uns dos pilares fundamentais no acompanhamento desses usuários, ele é indicado quando ainda que o tratamento não farmacológico esteja sendo seguido não ocorrem à redução da pressão arterial para níveis inferiores a 140/90 mmHg ou redução da glicemia de jejum para níveis inferiores a 126 mg/dl. Durante o acompanhamento dos usuários na intervenção muitos relataram que tinham indicação médica tanto para tratamento medicamentoso como de mudança no estilo da vida, apesar disso, havia alguns que deixavam de tomar os medicamentos e ou não tomavam a dosagem indicada pelo o médico.

Durante a intervenção tivemos uma quantidade de usuários que tinham indicação de além da prescrição da farmácia Hiperdia outros medicamentos pelas complicações de sua doença muitos deles no atendimento individual falaram que não tinha dificuldade para adquirir esses medicamentos em outros casos foram avaliados a possibilidade de usar os medicamentos disponíveis na farmácia popular. Ao longo da intervenção foram avaliados durante o atendimento individual a todos os usuários cadastrados com a prescrição de medicamentos da farmácia popular Hiperdia priorizada, somente 2,6 % dos usuários procuravam seus medicamentos comprando-os porque são medicamentos prescritos pelos cardiologistas e outros especialistas, que não estão na lista dos medicamentos do programa Hiperdia. No primeiro mês foram avaliados 99 (100%), no segundo 175 (98,3%) e ao terceiro 339 (99,1%) dos Hipertensos cadastrados no programa. Em relação aos diabéticos no primeiro mês 27 (100%) no segundo mês 48 (100%) e ao terceiro 123 (100%) dos diabéticos cadastrados. Todos os hipertensos e diabéticos cadastrados tinham garantido o tratamento medicamentoso com a prescrição da farmácia popular, em ocasiões em que havia falta de algum medicamento na farmácia os usuários eram direcionados a outra unidade ou farmácia que tinha disponível, em outros casos foi avaliada a quantidade de medicamentos e a doses. O que contribuiu para esse cuidado foi o apoio de assistência farmacêutica em garantir os medicamentos fornecidos para estes usuários considerando as conseqüências que tem para eles não fazer o tratamento oportuno para evitar o descontrole e as complicações.

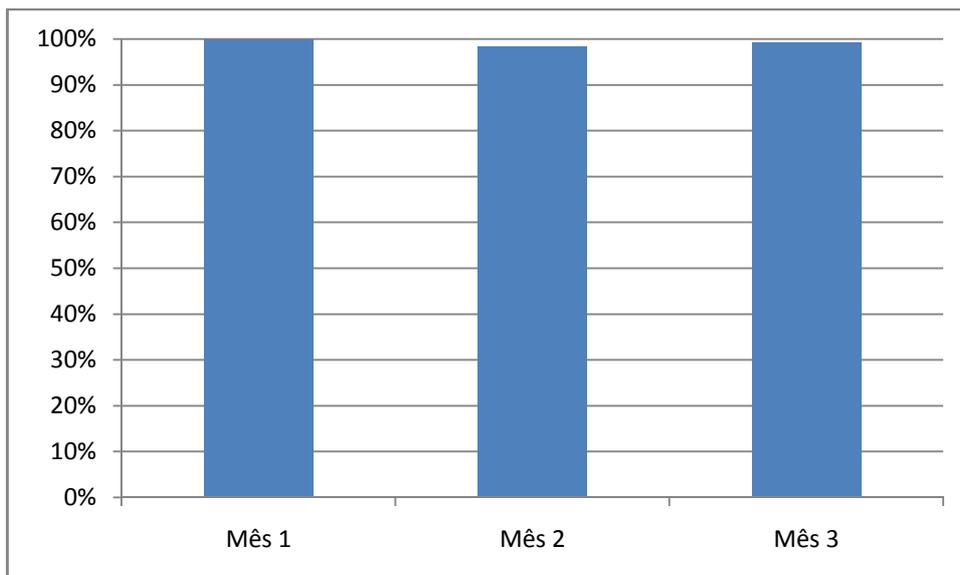


Figura 7 Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF Bom Fim, São Gabriel/RS, 2015.

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.

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.

A atenção Básica de saúde como primeira porta de entrada para ao atendimento ao indivíduo na comunidade e responsável por atenção integral de saúde. No caso de nosso projeto foi de muita importância durante a intervenção incluir avaliação da necessidade de atendimento odontológico para a conservação da saúde bucal mediante o diagnóstico oportuno de doenças bucais e seu tratamento para evitar complicações. Geralmente a prevalência de Hipertensos e diabéticos aumenta no Brasil para cima de 60 anos, idade que são muito frequentes o uso de prótese dentárias e outras doenças bucais em indivíduos com estas doenças que em muitas ocasiões precisam de um tratamento cirúrgico que pode trazer complicações com o uso de anestesia. Ao longo da implementação no primeiro mês foram avaliados 99 (100%), no segundo 171 (95,0%) e ao terceiro 335

(97,4%) hipertensos cadastrados, no caso os diabéticos no primeiro mês foram 27 (100%), no segundo 45 (91,8%) e ao terceiro 120 (96,8%), que receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico realizada avaliação.

Este resultado foi possível pela participação de todos os membros da equipe que fizeram avaliação mediante o atendimento individual, após de receber uma capacitação da dentista e auxiliar de dentista da UBS próxima de CAIC onde foi encaminhada para seu atendimento, nossa UBS não conta com o serviço de odontologia, os usuários atende-se na UBS CAIC.

Uma vez diagnosticada alguma alteração foram agendados para atendimento odontológico mediante a reorganização que foi feita nos agendamentos dos atendimentos odontológicos em coordenação com a equipe da UBS de CAIC, onde trabalha o pessoal de odontologia de nossa equipe.

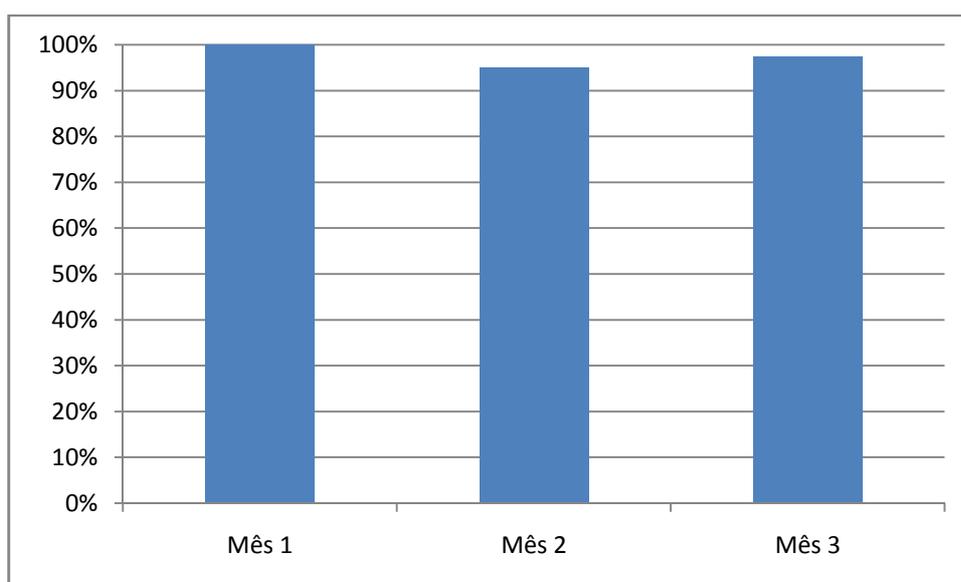


Figura 8 Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. ESF Bom Fim, São Gabriel/RS, 2015.

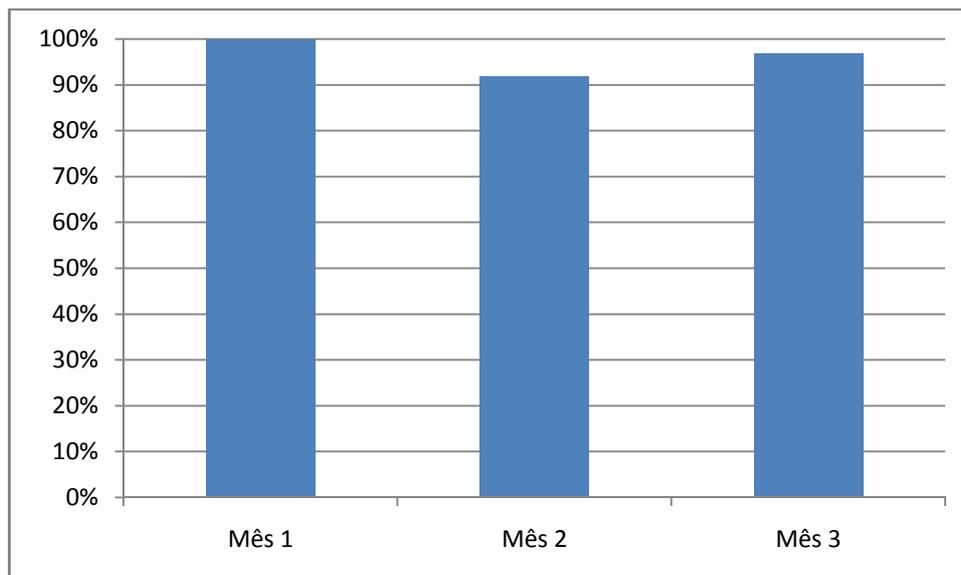


Figura 9 Gráfico Proporção de Diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. ESF Bom Fim, São Gabriel/RS, 2015.

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.

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.

Melhorar a adesão dos Hipertensos e /ou Diabéticos ao programa foi uma das principais ações realizadas por a equipe mediante a busca ativa dos faltosos. Durante toda a intervenção foi realizada a busca dos faltosos por todos os membros da equipe, somente 2,2% dos usuários faltosos chegaram por sua conta á UBS procurando receita onde foram avaliados nas consultas. No primeiro mês tivemos nos casos dos hipertensos 39 (100%), 121 (98,4%) no segundo e 199 (100%) no terceiro, em relação aos diabéticos foram 6 (100%) no primeiro mês, 32 (100%)no segundo e ao terceiro 66 (100%). Este resultado foi pelo trabalho ativo dos membros da equipe durante as visitas domiciliares, na busca dos faltosos, mensalmente o equipe fez uma avaliação do comportamento dos usuários faltosos

que foram entregues a cada agente comunitário por micro áreas e tivemos alguns casos que foram cadastrados em sua casa já que tinham alguma incapacidade para chegar à unidade a fazer o cadastramento.

Durante a realização do atendimento individual, sala de espera e rodas de conversas informava-se da freqüência que precisavam avaliação destas doenças para um melhor controle acompanhamento, tratamento oportuno e diagnóstico precoce das complicações. Os agentes comunitários receberam uma capacitação sobre a periodicidade das consultas em usuários com hipertensão/ou diabetes acorde ao protocolo do Ministério de Saúde do Brasil.

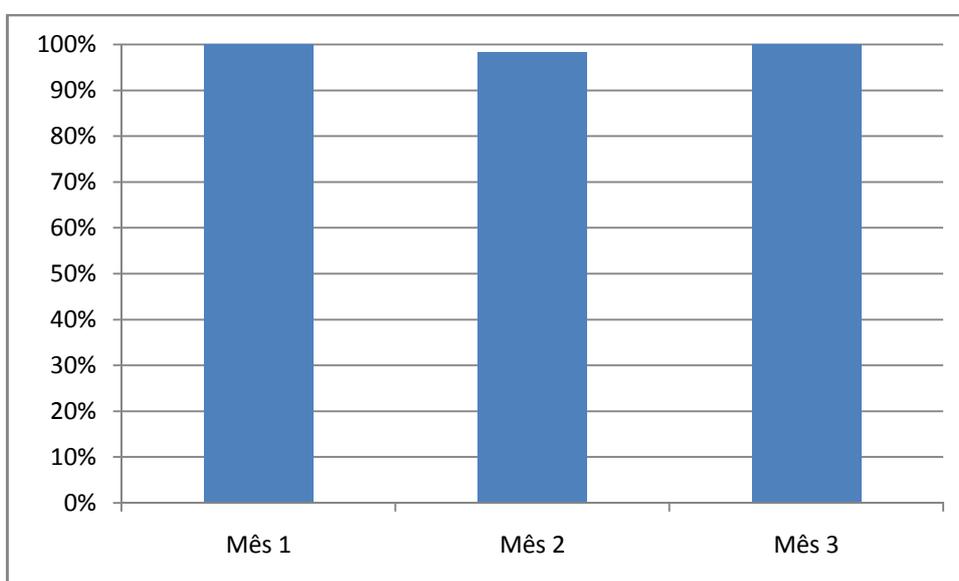


Figura 10 Gráfico Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na ESF Bom Fim, São Gabriel/RS, 2015.

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.

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.

Com o objetivo de ter um monitoramento adequado, avaliação e melhor controle do acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos durante todo o

projeto foi realizado a ficha espelho aos 100% dos usuários cadastrados com as informações gerais que foram fornecidas durante o interrogatório e exame físico. A UBS Bom Fim começou em fevereiro deste ano 2015 com minha chegada, já que me encontrava trabalhando em outra UBS, Bom Fim não tinha um registro nem fichas de atendimento adequado dos pacientes Hipertensos e Diabéticos, menos dos 20% dos usuários da área de abrangência eram conhecidos com registro nos ficheros, os mesmos na ficha de atendimento não tinham uma boa escrita continuada das consultas nem das ações feitas pelos atendimentos anteriores, à unidade tinha mais de um ano sem Médico, o paciente atendia-se em outras áreas e cidades próximas.

Muitos usuários perderam com o reajustamento feito pela descentralização do atendimento do município, muitos usuários de outras UBS entraram na minha área de abrangências e outros foram mudados, tudo isto contribuiu para os resultados não terem saído como planejados, apesar de ser considerados satisfatórios e acordo ao esperado, mais ainda em 7 meses de estar trabalhando nessa UBS. Em relação aos hipertensos no primeiro mês foram 99 (100%), 135 (75,0%) no segundo e ao terceiro 297 (86,3%), nos diabéticos 27 (100%) no primeiro, 40 (81,6%) no segundo e ao terceiro 113 (91,1%).

Estas informações tem muita importância já que além de melhor conhecimento por parte do médico, uma vez que o usuário volte à consulta terá uma avaliação oportuna do momento que iniciara alguma complicação para seu tratamento oportuno ou algumas mudanças que aconteceram em sua doença e serão e apoio ao equipe para o controle em dependência da classificação do risco. Diariamente após de terminar as consultas a enfermagem em conjunto com clinico geral faziam um monitoramento das fichas espelhos e prontuário daqueles que tiveram atendimento neste dia viabilizando situações do alertas destes usuários, as informações foram atualizadas diariamente no SIAB. Foi realizada a capacitação de toda equipe sobre o preenchimento de todos os registros necessários e adequados dos procedimentos clínicos na consulta. Foi garantida toda a logística para o desenvolvimento do registro das informações.

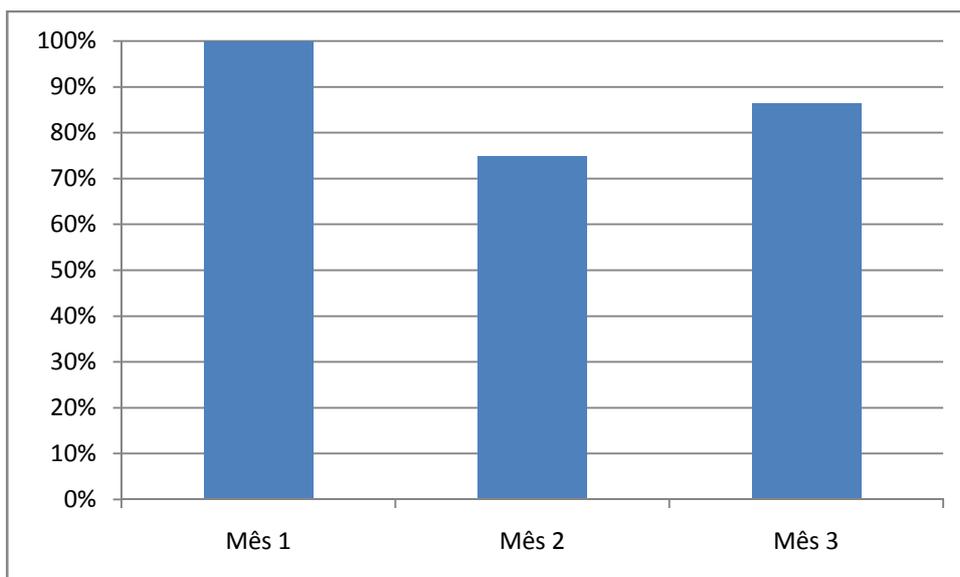


Figura 11 Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Bom Fim São/RS, 2015.

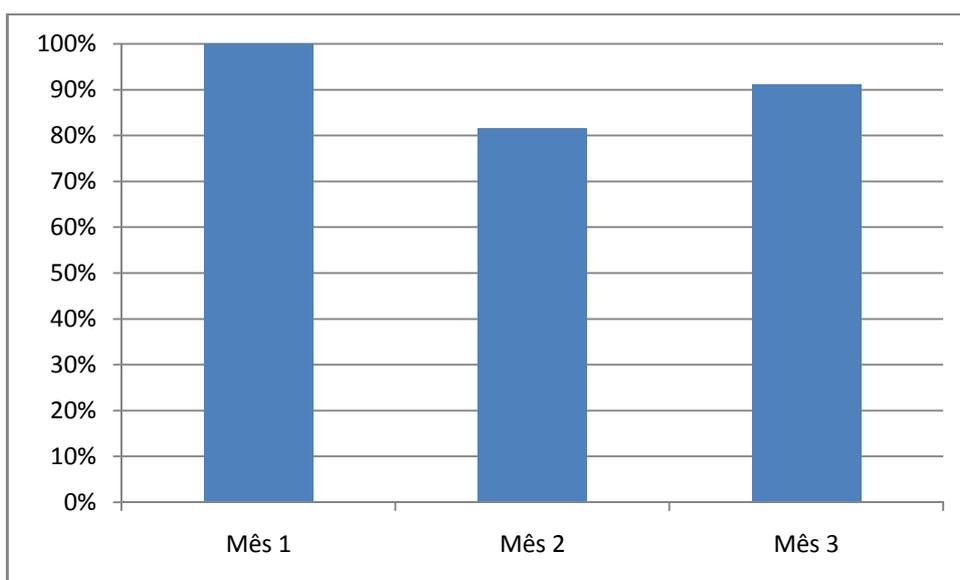


Figura 12 Gráfico Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Bom Fim, São Gabriel/RS, 2015.

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.

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.

No atendimento clínico individual do paciente Hipertenso e Diabético a avaliação do risco cardiovascular é de fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada paciente. Para a estratificação do risco cardiovascular, é necessário pesquisar a presença dos fatores de risco, das doenças cardiovasculares e das lesões em órgão-alvo. Estas informações são fornecidas por todos os usuários durante anamnese e visa o cálculo do escore do Framingham.

Durante o desenvolvimento da intervenção foram realizada avaliação do risco cardiovascular no primeiro mês foram 99 (100%), 167 (92,8%) no segundo e ao terceiro 330 (95,9%), nos diabéticos 27 (100%) no primeiro, 45 (91,8%) no segundo e ao terceiro 119 (96,0%) dos cadastrados. Aproximadamente o 4 % dos pacientes não foram determinado o risco acordo o Score de Framingham devido que para a realização deste Score se precisa de valor dos exames como colesterol, Rãs de tórax entres outros, lembrando que nos municípios temos demoras para a realização dos exames pelo SUS e esses pacientes não se realizaram no tempo da intervenção os exames indicados com o retorno a consulta para ser avaliados e classificados, mas serão avaliado na continuação do trabalho pela equipe.

Durante o cadastramento com os dados do interrogatório, exame clínica e exames complementares a todos os usuários cadastrados foram à determinação do Score de Framingham. Muitos deles tiveram que continuar acompanhamento com outros especialistas já que foram diagnosticados de alto risco com ações mais intencionadas e prioritárias. Mensalmente a equipe realizarem-se uma avaliação do comportamento dos usuários com risco cardiovascular e a situação do encaminhamento deles para o atendimento com especialista. Todos os usuários cadastrados foram orientados no atendimento individual, sala de espera roda de conversa sobre as principais ações para o controle de riscos modificáveis de doenças cardiovasculares. Toda equipe foi capacitada em relação à metodologia para estratificação de risco e escore de Framingham.

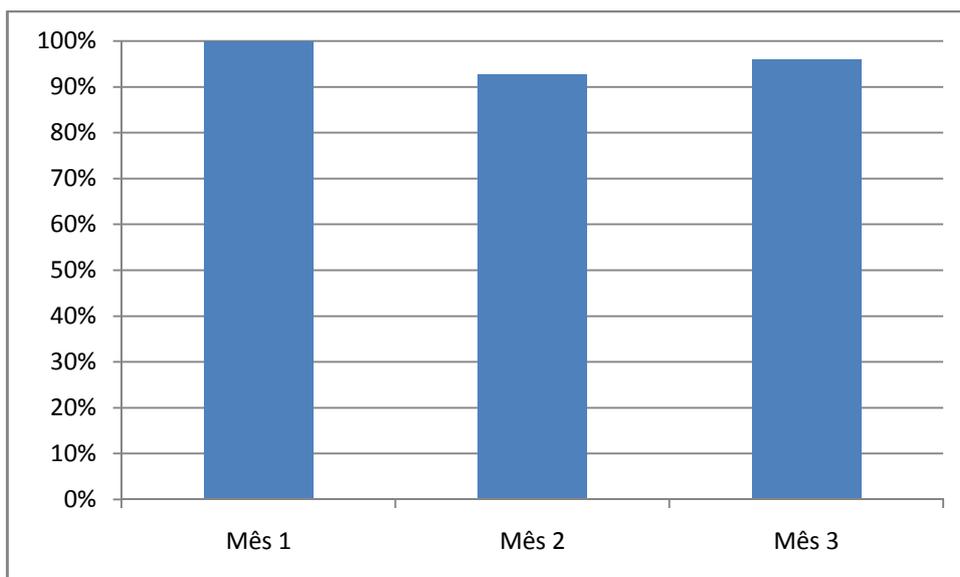


Figura 13 Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia na ESF Bom Fim, São Gabriel/RS, 2015.

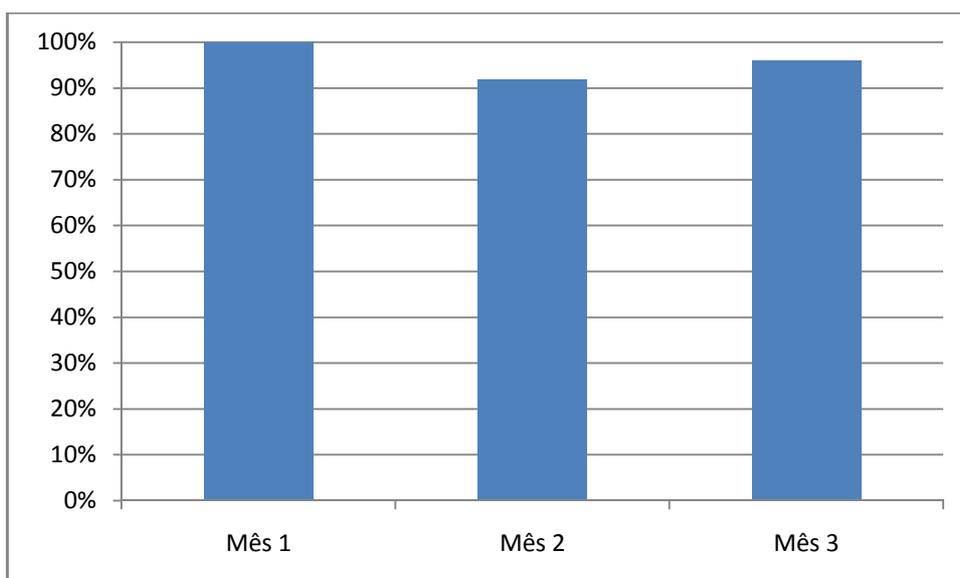


Figura 14 Gráfico Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia na ESF Bom Fim São Gabriel/RS, 2015.

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.

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.

A Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus são doenças crônicas que não devem ser tratadas só com tratamento medicamentos, para evitar o descontrole e as complicações que acontecem em usuários com estas doenças é importante também uma alimentação adequada e equilibrada fornecendo todos os nutrientes para um bom funcionamento do organismo e com isso a redução a pressão arterial e a glicose sanguínea. Durante o desenvolvimento da intervenção em relação ao cadastramento dos hipertensos no primeiro mês foram 99 (100%), 180 (100%) no segundo e ao terceiro 344 (100%), nos diabéticos 27(100%) no primeiro, 49(100%) no segundo e ao terceiro 124 (100%).

Todos os usuários cadastrados receberam orientações em cada atendimento individual sobre orientação nutricional além das rodas de conversas feitas por a nutricionista e as diferentes temáticas expostas na sala de espera pôr os membros da equipe sobre os cuidados alimentares com estas doenças como reduzir a quantidade de sal, ingerir frutas com menos índice glicêmico fracionar as refeições no caso do diabético, usar carboidratos integrais, não ingerir bebidas alcoólicas, incluir alimentos ricos em potássio e magnésio, fazer uso de temperos naturais, beberem muita a água nunca com as refeições entre outras. A equipe em conjunto com a nutricionista continuará de forma rotina na unidade o acompanhamento dos usuários para fazer mudanças em seu modo de vida e evitar as complicações freqüentes em usuários com estas doenças.

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

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

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

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

A Hipertensão Arterial como a Diabetes Mellitus são doenças que não tem cura, mas elas podem ser controladas além de tomar adequadamente os medicamentos ter uma alimentação saudável sem cigarro e bebida alcoólica e muito

importante a prática de exercícios de forma regular, os exercícios físicos devem ser realizados após orientação, avaliação médica, avaliação física, e sob supervisão de um profissional capacitado, pois apesar dos inúmeros benefícios, pacientes com patologias, merecem cuidados redobrados para evitar complicações em longo prazo. Para os usuários Hipertensos e Diabéticos a realização de atividades física mal orientada pode causar a angina do peito, hipoglicemias, arritmias cardíacas ou mesmo morte súbita. Para evitar problemas é necessário se fazer uma triagem cuidadosa antes que se possa prescrever algum tipo de programa de exercícios de intensidade moderada a vigorosos.

A todos os Hipertensos cadastrados no programa no primeiro mês foram 99 (100%), 180 (100%) no segundo e ao terceiro 344 (100%), nos diabéticos 27 (100%) no primeiro, 49 (100%) no segundo e ao terceiro 124 (100%) foram orientados sobre adequada pratica regular de exercícios durante o atendimento individual.

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.

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.

O tabagismo ativo e a principal causa isolada de doença e morte que podem ser prevenidas no mundo. A Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Tabagismo são freqüentemente encontrados (as três condições) no mesmo indivíduo. Ao longo de nosso projeto de intervenção durante o preenchimento das informações gerais uns dos hábitos mais falados por os usuários foi o uso do tabagismo, muito deles falaram a possibilidade de ajudar para deixar este vício. Em relação aos hipertensos no primeiro mês foram 99 (100%), 179 (99,4%) no segundo e ao terceiro 343 (99,4%), nos diabéticos 27(100%) no primeiro, 49 (100%) no segundo e ao terceiro 124 (100%). Todos os usuários cadastrados foram orientados no atendimento individual, sala de espera rodas da conversa sobre os riscos do tabagismo e alguns que tinham vontade de deixar de fumar foram incorporados ao grupo de tabagismo. A equipe recebeu a capacitação na abordagem do tabagismo para uma melhor orientação aos usuários cadastrados.

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal

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

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

A Higiene Bucal tem um papel importante na prevenção e no tratamento das doenças. O usuário com Hipertensão e Diabetes tem uma maior predisposição devido ao tratamento medicamentoso de ter efeitos colaterais no meio bucal como xerostomia, alteração no paladar e Estomatite, além disso, podem ter dificuldades durante os procedimentos odontológicos pelo que tem muita importância o conhecimento destes usuários sobre a Higiene Bucal, durante a intervenção além de atendimento individual a roda de conversa realizada por a Dentista e Auxiliar bucal foram orientados no primeiro mês 118 (100%), 228 (100%) no segundo e ao terceiro 329 (100%) hipertensos, nos diabéticos 32 (100%) no primeiro, 65 (100%) no segundo e ao terceiro 97 (100%) dos cadastrados as medidas higiênicas para o cuidado da saúde bucal. Foram realizadas orientações durante o atendimento individual, sala de espera roda de conversas, palestra feita por a dentista da unida. Toda equipe foi realizada capacitação sobre Higiene bucal.

4.2 Discussão

A Unidade Básica de Saúde (UBS) “Bom Fim”, implantada em um local adaptado na periferia da Cidade de São Gabriel, começou com o programa da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em fevereiro deste ano 2015, contamos apenas com setes meses de trabalho continuado da equipe, previamente a UBS ficou mais de um ano sem serviço médico, os usuários eram atendidos em outras UBS ou cidades perto ou por estratégia de centralização planejada pela Secretaria de Saúde, pelo que não tinha uma organização nem seqüência de trabalho nem organização dos serviços, nem população cadastrada, nestas condições a intervenção em minha UBS propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação na classificação do risco dos grupos de usuários avaliados na intervenção, além da oferta de um tratamento medicamentoso adequado e oportuno para evitar as complicações e acompanhamento continuado dessas doenças.

A intervenção exigiu que na a equipe tivesse um trabalho integrado valorizando o saber multidisciplinar, promovendo a participação ativa nas ações em conjunto com a participação da médica, enfermeira, técnicas de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, ACS e recepcionista. Foi necessário que toda equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério de Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. A intervenção reviu as atribuições de cada membro da equipe viabilizando a atenção para um maior número de usuários. Podemos dizer que cada integrante da equipe cumpriu o seu trabalho como foi pactuado na intervenção. Foi muito importante o cadastramento e busca ativa dos usuários pela equipe de saúde em especial os agentes comunitários que nestas condições de afastamento de uma população afastada da cidade se comprometeram no trabalho da captação destas pessoas faltoso as consultas, sendo a UBS Bom Fim a primeira em ter cadastrado quase o 100% da população em geral com o 95% das populações totais muitas desconhecidas que se atendiam em outras áreas ate dos municípios perto.

O envolvimento da equipe se estendeu para o atendimento odontológico, já que a agenda desse profissional foi reorganizada com prioridade aos usuários com hipertensão e/ou diabetes tendo em conta a classificação do risco e porque se

dificulta o atendimento dos usuários devidos que a Unidade Básica De Saúde (UBS) é um local adaptado sem serviço de odontologia e nosso pessoal de odontologia atende na UBS próxima CAIC. Os profissionais do NASF também contribuíram juntamente com a equipe na realização dos grupos de educação em saúde com para promoção a saúde e estímulo à modificação de estilo de vida e melhora da qualidade de vida. Tanto o agendamento em saúde bucal como os grupos de educação em saúde foram incorporado à rotina do serviço.

A melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e diabéticos viabilizaram a otimização da agenda para atenção a demanda espontânea e realização do trabalho continuado e incorporado como rotina do serviço da unidade. A classificação do risco tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação pelo trabalho desenvolvido pela equipe com o atendimento personalizado e diferenciado, oferecido durante todos estes mês da intervenção. Em alguns momentos esta situação trouxe insatisfação na sala de espera entre outros membros da comunidade já que demorava um pouco mais o atendimento, geralmente para os que tinham uma classificação de alto risco. Apesar do trabalho realizado em toda a comunidade, ainda restam usuários que não foram sensibilizados para o cadastramento e acompanhamento adequados, mas que continuaremos incentivando e motivando estes usuários para aumentarmos a cobertura.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o início intervenção tivéssemos tido o apoio do NASF no planejamento das ações, além de isso a reorganização adequada da agenda para os atendimentos odontológicos priorizados aos de alto risco. Durante o desenvolvimento do programa tivemos dificuldades com as ações planejadas com o educador físico já que a secretaria de saúde não tem usuários diretamente vinculados a esta gestão. Tenho que dizer que os dias freqüentes de chuvas neste ano no Rio Grande do Sul, atingiram a visitas domiciliares das pessoas que moram no interior devido às enchentes do Rio Bacacai e que a população é maioritariamente idosa, mas os resultados foram ótimos.

Agora no final da intervenção podemos perceber que a equipe está integrada e como a intervenção já faz parte da rotina do serviço, teremos condições de superar algumas dificuldades encontradas no transcurso da intervenção. Pretendemos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à

necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. A partir do próximo mês, mediante conversa com toda a equipe, pretendemos investir na educação e conscientização dos pacientes que ainda não foram cadastrados no programa. Tomando esta intervenção como exemplo, também pretendemos implantar em nossa área o programa de prevenção, controle e detecção precoce do câncer de colo de útero e mama.

5 Relatório de intervenção para gestores

Senhores gestores, o Secretário de Saúde Municipal Daniel Ferrony e senhora Coordenadora de Saúde em Atenção Básica Francielle Gomez venho através de esta informar-lhes que;

Durante os meses de Junho/2015 até Agosto/2015 com uma duração de 12 semanas foi realizada uma intervenção na UBS Bom Fim, localizada em São Gabriel/RS com foco na Melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos da comunidade.

A intervenção é parte 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 o curso cada estudante teve que escolher uma área para a intervenção e melhoria da saúde da comunidade neste caso a equipe de saúde determinou fazer uma intervenção no programa de Hipertensão e Diabéticos já que na unidade não tinham um adequado seguimento e controle dos usuários com estas doenças além do registro das informações que visa à continuidade de atendimento e as informações gerais do comportamento deste programa na unidade, não tinham uma agenda programada para o atendimento clínico pelo nível de prioridade aos usuários acorde ao Protocolo do Ministério de Saúde sobre este programa, lembrando que a Unidade Básica de Saúde Bom Fim (UBS) começou com o funcionamento da Estratégia de Saúde na Família (ESF) em fevereiro deste ano 2015, não tendo serviço contínuo nem regular por Médico Clínico Geral, os usuários que procuravam consultar em outras UBS ou cidade próxima sobre tudo os usuários do interior.

Outras das dificuldades que tinham estes usuários e que muitos deles procuravam a unidade só para troca de receitas médicas e em muitos casos pouca informações sobre as ações de promoção e prevenção de saúde para mudar estilos de vida e evitar complicações, além da importância de um exame clínico adequado e a realização dos exames complementares em dia para determinar sua classificação de risco e tratamento oportuno de suas complicações.

A intervenção finalizou com resultados positivos visando cadastrar um total de 344 (56,6%) hipertensos e 124 (82,7%) diabéticos. Dessa forma alcançamos a meta próxima da cobertura esperada com os Hipertensos e ultrapassamos a meta de cobertura dos Diabéticos. Aos 100% dos cadastrados no programa foi realizado exame clínico, indicação de exames complementares de acordo com o protocolo do Ministério de Saúde, classificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia, prescrição dos medicamentos da farmácia popular Hiperdia, avaliação de necessidade de atendimento odontológico, toda a equipe participa na busca ativa dos faltosos, também realizamos o registro adequado das informações mediante a ficha espelho e planilha coleta de dados, além de receber orientações do risco do tabagismo, alimentação saudável, prática de exercícios e higiene bucal.

Estes resultados foram possíveis por um trabalho multifatorial em equipe com apoio de uma participação ativa dos membros da equipe, comunidade, o conselho local de saúde, Núcleo de apoio Saúde da Família (NASF) e o gestor municipal.

Durante o desenvolvimento da intervenção foram oferecidas as soluções para as dificuldades como materiais indispensáveis, a viabilidade nos laboratórios do SUS para a realização dos exames complementares, o transporte para fazer as visitas domiciliares para o cadastramento no programa em aqueles usuários que por alguma incapacidade não podem vir à unidade de saúde.

É muito importante continuar avaliando a situação com alguns usuários cadastrados que precisavam avaliação com outros especialistas e além de que foram solucionados alguns casos mais prioritários outros ficam aguardando sua avaliação na lista de espera temos em conta que o diagnóstico e tratamento oportuno podem evitar complicações.

O impacto mais importante com este projeto foi à implantação do Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF) que garante de forma contínua e intencionada ações de promoção e prevenção de saúde para mudar estilos de vida, além de

continuar trabalhando na parceria com o educador físico de muita importância no apoio destas ações e como parte do tratamento não farmacológico.

Também além de que foram garantidos os medicamentos da farmácia popular, mas tivemos em algumas semanas dificuldades com o abastecimento de alguns medicamentos nos quais tivemos que fazer estratégias, acho que agora com a implementação desta intervenção vamos ter um maior controle dos medicamentos que realmente são utilizados nestes usuários e que o abastecimento esteja de acordo com a necessidade real da comunidade.

Seria de grande ajuda para a comunidade e para fazer uma atenção mais integral aos usuários com estas doenças que os gestores avaliem a possibilidade de ter uma odontóloga em tempo integral que visa ter uma reorganização adequada da agenda dos atendimentos odontológicos para dar cobertura a todos estes usuários como mínimo uma vez ao ano e que permita fazer mais ações intencionadas de saúde bucal para ajudar a prevenir doenças como câncer bucal e outras complicações.

Com uma maior ajuda dos gestores da saúde a equipe poderia viabilizar outra ação programática, uma nova intervenção na comunidade relativa aos principais problemas de saúde que mais adolecem em nossa área de saúde, garantindo um melhoramento na qualidade de vida da população.

A atenção Básica de Saúde como porta de entrada do sistema de saúde paralelo aos gestores tem a responsabilidade de realizar ações de promoção, prevenção e diagnóstico e tratamento oportuno que visem o controle de doenças preveníveis além de uma atenção qualificada, universal e integral com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno.

6 Relatório de intervenção para a comunidade

A equipe da ESF Bom Fim no município de São Gabriel, durante um período de 12 semanas, realizou um projeto de intervenção para melhoria da atenção dos usuários Hipertensos e dos Diabéticos dos bairros Bom fim, Medianeira, Pomare que são área de abrangência do interior. O projeto foi feito pela primeira vez em nossa comunidade, como resultado da mudança da Unidade Básica de Saúde (UBS) a Equipe de Saúde da Família (ESF) para alcançar um maior vínculo da equipe à comunidade com uma atenção priorizada e intencionada naqueles que tem estas doenças para um melhor controle e tratamento oportuno de suas complicações.

O trabalho foi desenvolvido por toda a equipe com prévia preparação mediante um cronograma discutido e aprovado com a comunidade. Nossa equipe após de fazer uma avaliação da situação do comportamento dos usuários que tem estas doenças ao não ter um adequado controle e só eles procurarem para trocas de receitas médicas, pretendeu ampliar a cobertura de atendimento destes usuários e realizar ações melhorar a qualidade de atenção, o registro das informações além das ações de promoção e prevenção de saúde. Como bem vocês conhecem a população de Bom Fim não tinha um atendimento contínuo na atenção de saúde na Unidade Básica Saúde (UBS) pela ausência do médico clínico, porém a população atendia-se nas UBS e cidade próximas.

Pela sua parte a comunidade ganhou um atendimento organizado para os usuários de alto risco mediante a reorganização da agenda para o atendimento clínico e a demanda espontânea para os demais usuários, aproveitando a oportunidade de ter um controle de acordo com o protocolo e classificação do risco, além de fazer um controle com exames complementares de forma periódica e receber orientações freqüentemente sobre as principais ações para mudança nos estilos da vida com uma alimentação saudável, pratica de exercícios de forma regular, ter uma higiene bucal adequada e a importância de um adequado tratamento medicamentoso.

Pelos resultados alcançados podemos dizer que tivemos a oportunidade de diagnosticar outras doenças que tinham estes usuários associadas à hipertensão e diabetes, iniciar com um tratamento oportuno, em outros casos encaminhar para diferentes especialistas, e em casos mais graves precisaram de internação hospitalar.

Foi de muita importância a participação da comunidade na criação do grupo de hipertensos e diabéticos com funcionamento na última semana do mês com ações planejadas com o grupo de apoio para estas doenças.

A equipe continuará com um trabalho multifatorial, continuado e integral em conjunto com gestor municipal, conselho local de saúde e moradores da comunidade na busca ativa dos pacientes hipertensos e diabéticos faltosos, o importante desenvolvimento dos agentes comunitários na comunidade, a busca ativa em todos os usuários maiores de 20 anos que procurem a unidade mediante a toma de pressão arterial e a prova de hemoglicoteste a todos os que têm fatores do risco além de garantir a logística adequados para a realização de exames complementares e os medicamentos que precisam estes usuários para manter controle de sua doença.

A intervenção será incorporada à rotina do serviço da UBS agora com um apoio direto e planejado do NASF com equipe e à comunidade para que a atenção à saúde na UBS seja cada vez melhor, com apoio de vocês comunidade e do conselho comunitário de saúde.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso da especialização foi uma experiência muito importante para o desenvolvimento e reorganizações do processo do trabalho na Unidade Básica de Saúde “Bom Fim” (UBS), foram atingidas minhas expectativas proposta ao início do curso referente ao projeto pedagógico do curso e a guia do especializando, porque com ajuda do mesmo melhorei a qualidade da atenção dos usuários com Hipertensão Arterial e/o diabetes mellitus na minha área, e também na troca de experiências com outros colegas e profissionais do Brasil, tais expectativas foram cumpridas neste curso, com os orientadores e na melhora da compreensão da língua portuguesa. Nosso projeto da Intervenção desenvolvido na comunidade teve uma duração de 3 meses, onde foram trabalhados os quatros eixos: organização e gestão de serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica como explicam o material do estudo, além do objetivo geral da Melhora da atenção aos hipertensos e diabéticos do área de abrangência da UBS.

Durante o desenvolvimento do curso foram utilizadas as ferramentas fornecidas pelo curso, os protocolos do Ministério de Saúde dos 2013 em relação ao manejo dos usuários com doenças crônicas de Hipertensão e Diabetes, além de 8 horas semanais para as trocas e experiências com nossos colegas e professores, os debates através do fórum de saúde coletiva bem como a sugestões da tutora através de DOE que foi de muito apoio para melhorar a qualidade das tarefas e de aumentar o nível de conhecimento sobre outras doenças e situações cotidianas que enfrentamos em nosso serviço mediante o estudo dos casos clínicos interativos.

Considero que foi muito importante aumentar meu nível de conhecimento na realização de programas de intervenção nos problemas de saúde da comunidade, fazer ações de promoção e prevenção de saúde mais direcionada.

Este projeto demonstra a importância do trabalho multifatorial, já que pela gestão dos gestores municipal foram garantidos todos os documentos e outros materiais que precisamos para a realização da intervenção, assegurando transporte para trasladar-nos aos domicílios dos usuários que precisavam da consulta clínica e, também, garantiram a realização de exames complementares importantes para avaliação dos usuários, além de que tem que continuar trabalhando em garantir as avaliações de forma mais rápida com outros especialistas naqueles usuários classificados de alto risco.

Por meio da intervenção foram possível interagir mais com a comunidade, com as famílias e com o indivíduo e oferecer, promoção e educação em saúde, assim como conhecer as preocupações, as necessidades mais sentidas da população com relação a essas doenças, assim como modificar os estilos de vida com os fatores de riscos que podem trazer complicações destas doenças.

Acho que uns dos elementos mais importantes foram que temos agora na unidade um programa com atendimento organizado, com ampla cobertura de usuários cadastrados com doenças de Hipertensão e Diabetes, qualidade de atenção, adequado registro das informações além das ações de promoção e prevenção de saúdes planejadas.

O curso ajuda para realizar trabalho em equipe mais integrado e multifatorial com a participação ativa de todos os integrantes e o apoio do conselho local de saúde, os gestores municipais e toda a comunidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Cadernos de Atenção Básica nº36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica nº37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Organização Pan-americana da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília – DF, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica 37 Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília – DF, 2013.

IBGE, 2010. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/>>, acesso em 18 jul. 2015.

Apêndice: **Registros de imagens da intervenção**



Figura 15 Fotografia de Exame clínico ao usuário hipertenso por Medico Clinico Geral da equipe.



Figura 16 Fotografia de realização de Prova de Hemoglicoteste no exame clínico a usuário Diabético pelos membros da equipe.



Figura 17 Fotografia de Palestra aos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos com Psicóloga



Figura 18 Fotografia de Palestra com usuários Hipertensos e Diabéticos com Vice-Diretor de Assistência Farmacêutica

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de Coleta de dados

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

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

L14

Indicadores HAS e DM - Mês 1															
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertido ou da Farmácia	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em	O paciente realizou avaliação colonoideológica?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															

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

18:52 09/01/2015

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

Eu, Geonel Puentes Daudicourt médico 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 à 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.

Geonel Puentes Daudicourt

Contato:

Telefone: (92)9 88 06 5342

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.