

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



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à saúde dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *mellitus* na ESF Tainha, São Francisco de Paula, RS.

José Luis Leyva Pérez

Pelotas, Ano 2016

José Luis Leyva Pérez

Melhoria da Atenção à saúde dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *mellitus* na ESF Tainha, São Francisco de Paula, RS.

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

Orientador: Ernande Valentin do Prado

Pelotas, Ano 2016

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

P438m Pérez, José Luis Leyva

Melhoria da Atenção à Saúde dos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na ESF Tainha, São Francisco de Paula, RS / José Luis Leyva Pérez; Ernande Valentin do Prado, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

94 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Prado, Ernande Valentin do, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

DEDICATÓRIA

À população do município de São Francisco de Paula por tantas amostras de carinhos e simpatias

A todos que participaram ativamente do nosso processo de formação.

A meus filhos que e minha inspiração e meu desejo de viver.

A minha parceira Irene, por seu apoio incondicional sempre que precisei.

Agradecimentos

Primeiro a Deus por estar sempre ao meu lado, dando-me essa oportunidade de viver, sabedoria, paciência, por tudo que aprendi ao frequentar este curso que achávamos que não iríamos conseguir.

A minha orientadora pela ajuda incondicional, justo nos momentos precisos portando-me ideias e soluções a cada problema apresentado durante a investigação.

A minha equipe de saúde pela ajuda e consagração ao trabalho e a Secretaria de Saúde do município de São Francisco de Paula por ter me dado todo o apoio necessário para a realização do projeto.

Quero agradecer a todas aquelas pessoas que ofereceram sua ajuda desinteressadamente e com o desejo de minha superação profissional a realização deste trabalho em especial.

A todas as pessoas que de uma forma ou outra fizeram possível á culminação do trabalho.

Há todos muito obrigados.

Resumo

PEREZ, José Luis Leyva. **Melhoria da Atenção à saúde dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na ESF Tainha**, São Francisco de Paula/ RS. 2016. 89f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A ausência de Prevenção e Promoção de Saúde tem desencadeado um aumento na incidência das doenças crônicas não transmissíveis, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Por isso, justifica-se a escolha do foco para intervir nesta ação, procurando propiciar um melhor atendimento e de maior qualidade para as pessoas. Trata-se de um trabalho de intervenção que tem como objetivo geral a Melhoria da Atenção à saúde dos portadores de HAS E DM na ESF Tainha, São Francisco de Paula/ RS. Esta intervenção foi desenvolvida durante 12 semanas na Estratégia de saúde da Família (ESF) Tainha, localizada no interior do município, distantes 38 km da sede, com uma população de 868 habitantes. Utilizamos o Caderno de Ações Programático (CAP) para estimar a quantidade de usuários com hipertensão e com diabetes com 20 anos ou mais, residentes na área. Foram estimados 194 e 55 usuários com os respectivos problemas. Antes de iniciar intervenção, tínhamos uma cobertura de 49% para usuários com hipertensão e 38% dos usuários com diabetes, residentes na área e acompanhados da equipe. Com a intervenção conseguimos cadastrar 178 usuários (91,8%) com HAS, das 194 pessoas estimadas, e 48 usuários (87,3%) com DM, das 55 estimadas pela CAP. Realizamos exame clínico e solicitação de exames complementares, de acordo com o protocolo, a todas as pessoas cadastradas, além disso, foram oferecidas atividades educativas de forma regular e com qualidade para comunidade. Tivemos problemas para realizar na íntegra algumas metas, mas, de um modo geral, todas as ações foram trabalhadas e serão aprimoradas com o decorrer do tempo.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Imagens da cidade. Fonte: Google.com	12
Figura 2	Foto da ESF Tainhas.	12
Figura 3	Visitas domiciliares e busca ativa dos faltosos no horário da tarde com a presença do médico e toda a equipe.	55
Figura 4	Grupo de apoio para usuários com HAS e DM - Salão da igreja com a presença professora de educação física.	56
Figura 5	Utilizando a sala de espera para realização de atividade educativa.	57
Figura 6	Gráfico indicativo da Proporção de adultos hipertensos moradores no território e cadastrados no programa.	62
Figura 7	Gráfico indicativo da Proporção de adultos diabéticos moradores no território e cadastrados no programa.	62
Figura 8	Gráfico indicativo da Proporção de adultos hipertensos moradores no território e com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.	65
Figura 9	Gráfico indicativo da Proporção de adultos diabéticos moradores no território e com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.	65
Figura 10	Reunião e Capacitação da equipe na ESF.	71
Figura 11	Reunião para apresentação dos resultados para equipe.	75
Figura 12	Apresentação dos resultados para a comunidade.	76
Figura 13	Apresentação dos resultados para os gestores.	78
Figura 14	Gráfico indicativo da Proporção de adultos hipertensos moradores no território e cadastrados no Programa.	80
Figura 15	Gráfico indicativo da Proporção de adultos diabéticos moradores no território e cadastrados no programa.	81

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitária de Saúde.
APS	Atenção Primária da Saúde.
CAP	Caderno de Ações Programático
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial.
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas.
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis.
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças sexualmente transmissíveis.
ESF	Estratégia da Saúde da Família.
E-SUS	Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS
FPB	Farmácia Popular Básica.
HAS	Hipertensão arterial sistêmica.
HGT	Hemoglicoteste.
MS	Ministério da Saúde.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
PCD	Planilha Coleta de D ados.
PMMB	Programa Mais Médico para o Brasil.
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica.
RS	Rio Grande do sul.
SAMU	Serviço de Atendimento médico de Urgência.
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde.
TCC	Trabalho de Conclusão do Curso.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família.

Sumário

1	Análise Situacional.....	10
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2	Relatório da Análise Situacional	11
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional ..	20
2	Análise Estratégica.....	21
2.1	Justificativa	21
2.2	Objetivos e metas	22
2.2.1	Objetivo geral	22
2.2.2	Objetivos específicos e metas.	23
2.3	Metodologia.....	24
2.3.3	Logística	48
2.3.4	Cronograma	51
3	Relatório da Intervenção.....	52
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	52
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	57
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	57
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	58
4	Avaliação da intervenção.....	60
4.1	Resultados	60
4.2	Discussão.....	69
5	Relatório da intervenção para gestores.....	78
6	Relatório da Intervenção para a comunidade	82
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	84
	Referências.....	86
	Anexos.....	86
	Anexo A - Documento do comitê de ética.....	88
	Anexo B - Planilha de coleta de dados	89
	Anexo C - Ficha espelho	90
	Anexo D - Cartazes	93
	Anexo E- Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias----	92

Apresentação

O presente trabalho de conclusão de curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família, modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS (UNASUS) em conjunto com a Universidade Federal de Pelotas (EaD UFPel) teve como objetivo geral melhorar a atenção à pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, na ESF Tainha, São Francisco de Paula/ RS. 2016.

No primeiro capítulo apresentei a análise situacional da ESF Tainha, São Francisco de Paula/ RS, o texto inicial, o relatório de Análise situacional e o texto comparativo.

No segundo capítulo encontra-se a análise estratégica, que envolve a justificativa pela escolha do tema, os objetivos e metas, a metodologia, as ações desenvolvidas, os indicadores para mensuração dos resultados, a logística e o cronograma de execução do projeto.

O terceiro capítulo é composta pelo relatório da intervenção, nele apresento as ações desenvolvidas e os resultados alcançados. Também apresento as dificuldades, os projetos para a continuidade da intervenção e as ações que não puderam ser desenvolvidas.

No quarto capítulo descrevo, detalhadamente os resultados alcançados, apresento os gráficos, as fotos e as justificativas por traz de cada um dos dados. Em seguida apresento a discussão.

No quinto capítulo apresento o relatório com os resultados para o gestor.

No sexto capítulo apresento o relatório com os resultados para a comunidade.

No sétimo capítulo apresento minha reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e por fim, a bibliografia utilizada durante a elaboração do trabalho, bem como os anexos e apêndices que foram utilizados e produzidos durante a intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS¹

A ESF Tainha fica localizada na zona rural do município de São Francisco de Paula RS, há mais ou menos 35 km de distancia com uma população aproximadamente de 868 pessoas ainda em cadastramento pelos agentes comunitários de saúde, além de atender esta comunidade também dou assistência medica a comunidades próximas e mais distantes da área rural por ser uma população rarefeita dentro de território escuso de difícil acesso que agora e que tem mais visitas e atendimentos pela parte medica. A Nossa equipe de saúde está formada por: dois Técnicos de Enfermagem, uma Enfermeira, cinco Agentes Comunitários de Saúde e um Odontólogo. O total populacional que assiste a consultas procurando nosso atendimento na área rural e de aproximadamente 4 000 habitantes. A ESF de Tainhas e composta de um consultório medico, um consultório dentário, sala de recepção, sala de triagem e acolhimento, sala de curativos, dois banheiros, sala de esterilização, cozinha são realizadas consultas, procedimentos ambulatoriais de enfermagem, curativos verificação de pressão arterial, aplicações intramusculares, subcutâneas e orientações de saúde, sala de expurgo.

A UBS Lajeado Grande também atendida pela nossa equipe esta a 70 km da área urbana e é composto de um consultório médico, um odontológico, um banheiro, uma sala de triagem e acolhimento.

Nas comunidades de Aratinga, Contendas e Cornetas que ficam a mais ou menos 50 km de distancia de área urbana, na mesma direção da comunidade de

¹ Texto original postando no link da unidade de ambientação. Apenas foi formatado.

Tainha, realizam-se atendimentos médicos e visitas domiciliares em horários previamente planejados, pois são muitas comunidades para a mesma equipe de trabalho. Também são realizadas consultas médicas e visitas domiciliares nas localidades do Apanhador, Juá, Cadeinha, distantes a 95 km da área urbana em pontos de atendimento organizados por pessoas das comunidades.

No distrito de Cazuza Ferreira, com distância aproximadamente 110 km da área urbana ha um posto de saúde adaptado com consultório médico composto por sala de vacina, sala de recepção, em este posto de saúde também são feitas visitas domiciliares. Temos também um posto de saúde em Campestre do Tigre e outro local adaptado em Pedra Lisa, comunidades que ficam a duas horas da sede principal do município.

Os problemas de saúde mais frequentes são hipertensão arterial, diabetes mellitus, verminoses, problemas dermatológicos, Insuficiências respiratórias agudas, dislipidemias mistas, obesidade, osteoartrose. As estatísticas desses problemas são devidas a dificuldades de acesso e também de não haver uma cobertura total por agentes comunitários de saúde. Nota-se a baixa capacidade cognitiva destas populações, uma baixa escolaridade, baixa autoestima, alimentação inadequada, falta de higiene corporal e domiciliar e na comunidade.

A adesão aos tratamentos de doenças crônicas não transmissíveis é um desafio que temos pela frente, conquistando com um bom acolhimento e continuidade de acompanhamento Profissional.

Também trabalha-se muito com informações de necessidade do uso de equipamento de proteção individual nas lavouras, bem como alimentação adequadas e tratamento da água para consumo, já que na zona rural não existe tratamento de água, esta provém de poços artesanais ou vertentes individuais.

Depois da chegada do programa Mais Médico, implantação da Estratégia de Saúde da Família em Tainhas e com o início do projeto de intervenção mudou a forma de atendimento para agendamento das consultas e iniciou-se o cumprimento dos protocolos fornecidos pelo Ministério de Saúde.

Vejo uma receptividade muito boa da população ao acolhimento realizado, pois estas comunidades se sentem acolhidas e não mais esquecidas no município devido a distância da sede.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de São Francisco de Paula, situado na serra gaúcha, apresenta geograficamente altitude de 900 metros e ocupa extensão territorial de 3.273,498 km², com população de 20.520 habitantes (IBGE 2010). Está distante 110 km da capital do Estado (Porto Alegre), faz divisa com 11 municípios e com o Estado de Santa Catarina. É dividido em sete distritos e mais de vinte localidade.



Figura 1: Imagens da cidade. Fonte: Google.com

Em relação ao sistema de saúde: a secretaria de saúde de São Francisco de Paula conta com nove unidades básicas de saúde (UBS), quatro na zona urbana e cinco na zona rural, dentre elas, três trabalham com a Estratégia Saúde da Família (ESF), duas na zona urbana e uma na zona rural, as outras seis ainda trabalham com o modelo tradicional. Contamos com um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e o programa Salvar Serviço de Atendimento médico de Urgência (SAMU). Além disso, dispomos de um hospital filantrópico que recebe recurso municipal e oferece atendimentos pelo SUS. Não contamos com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).



Figura 2: Foto da ESF Tainhas.

A ESF Tainha está localizada na zona rural do município, no distrito de Tainhas. E englobam em sua área de abrangência as localidades de Contendas, Cornetas e Aratinga e Várzea do Cedro. Fica distante 38 km da sede da Secretaria de Saúde. A Estratégia foi implantada recentemente e conta com uma equipe, formada por: uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, três agentes comunitários de saúde, um médico e um dentista. Atende-se por livre demanda, com triagem inicial das pessoas e encaminhamento para o atendimento médico ou odontológico. A enfermagem fica responsável pelos curativos e aferições dos sinais vitais e algumas orientações. Durante e depois de nossa intervenção a enfermeira também é responsável pela supervisão das atividades das ACS, planeja as datas de encontro para grupos de apoio e em múltiplas ocasiões realiza palestras educativas em relação à vacinação, hábitos alimentares saudáveis, Doenças Sexualmente Transmissíveis entre outros temas. Agendamento das consultas tanto para os usuários alvos da intervenção como para o resto dos usuários que precisam atendimentos na USF por outras causas. Realiza coletas de exames citopatológicos e consultas de enfermagem. Participa ativamente das visitas domiciliares em conjunto com a equipe.

A USF conta com uma estrutura física formada por uma recepção, uma sala de espera, um consultório médico, um consultório odontológico, um banheiro para funcionários e outro para os usuários. Uma cozinha, um depósito de limpeza e lixo, sala de recepção para lavagem e descontaminação de material, todos com boa iluminação e ventilação, o qual facilita um bom desempenho do trabalho. Há

necessidade de sala de vacinas e um espaço para orientações e reuniões. A localização da unidade é no distrito de Tainhas, exemplificamos que as outras localidades distam entre dez a trinta km do distrito, sendo esta USF a referência para o atendimento desta comunidade. Outra dificuldade é o difícil acesso, sendo necessário um veículo para o deslocamento dos profissionais.

Em relação a atribuições da equipe, um dos aspectos positivos seria o vínculo da equipe com a comunidade, porém sem organização, uma vez que nosso trabalho não está estruturado segundo as atribuições prevista na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como pode ser observado pela descrição de nosso processo de trabalho. Trata-se de uma localidade com poucas pessoas e com moradores fixos, uma população itinerante nas épocas de plantação de batatas e verduras. Nosso atendimento início foi por demanda espontânea, não tendo os programas e ações de promoção da saúde organizadas. Basicamente apenas é ofertada assistência médica e odontológica. O acompanhamento dos casos mais graves é realizado com visita domiciliar e remoção até o hospital (na sede do município). Poderíamos citar como pontos a serem melhorados: o acesso, a implantação do acolhimento, que ainda não temos implantação das ações programáticas típicas de atenção básicas, como preconizado pelo Ministério da Saúde, incorporação e programas de geração de renda, cuidado com uso de agrotóxico, entre outros.

O número de habitantes da área adstrita está estimado em 868 pessoas, sendo 358 homens, 510 mulheres, 9 crianças menores de um ano, 23 crianças entre 12 e 72 meses, 08 gestantes e 73 pessoas com idade acima de 60 anos. A atividade econômica principal da população é a agricultura, especialmente o cultivo de batata e verduras, pinhão e madeiras, criam gado, ovelhas e aves, o comércio é escasso, já que se trata de zona rural. A população tem poucos recursos, há três igrejas adventistas, quatro escolas de ensino primário e não tem locais para o lazer. Não há parteiras e nem benzedeiras na comunidade. Existem fazendeiros dedicados à criação de gado, suíno e ovelhas assim como aves, o comércio está dado pela venda de produtos derivados destas crias como ovos, queijo, requeijão, doces caseiros e também a venda de verduras, vegetais, frutas e batatas. Tem um restaurante onde almoçam os viajantes de passo pela região. Estes são alguns dados que colhemos juntamente com as fichas cadastrais dos ACS.

A população foi acostumada a procurar fichas de atendimento, esta é a única forma de acesso que conhecem, fruto de trabalhos equivocados de equipes

anteriores. Essa busca por “ficha” começa de madrugada, em fila, o que é incompatível com uma população tão pequena. Em muitos casos as pessoas procuram atendimento simplesmente por ir, sem ter queixas, solicitam receitas, exames. Esse comportamento demonstra a necessidade de atenção da população e que nosso serviço, até então, tem falhado para dar respostas. Segundo o CAP, deveríamos ter 10 crianças menores de um ano na área, mas na verdade temos cadastradas e acompanhadas pela equipe só nove crianças 90% do previsto. O número de crianças entre 12 e 72 meses são 23 todas tem acompanhamento, todos os indicadores de qualidade estão num 100%. Não existindo atrasos nas consultas em mais de sete dias. Porém é importante destacar que não temos o programa de saúde da criança implantado, são apenas consultas médicas de demanda espontânea.

Segundo a estimativa da CAP, deveríamos ter nove grávidas na área, porém temos atualmente cadastradas e com atendimento pela equipe oito grávidas, para 92% de cobertura. Cinco iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, sendo 63% e 3 iniciaram o pré-natal depois de 12 semanas, sendo 37%. Todas têm as consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde, todas receberam a solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados e estão com as vacinas atualizadas (antitetânica e hepatite B), conforme protocolo. Até agora todas fazem exame ginecológico por trimestre e recebem orientações para aleitamento exclusivo e suplementos de sulfato ferroso conforme protocolo. Foram avaliadas 100% por saúde bucal. Temos feitas visitas domiciliares pela equipe de saúde onde orientamos a assistência a consultas e fazemos labor de promoção de saúde existe um grupo de grávidas que reúne-se todas as quintas na tarde para realização de atividades de apoio e autoajuda, intercâmbios de experiência, palestras de temas em relação a aleitamento materno, importância de ter as vacinas em dia, dos exames complementares, importância de como chegar ao parto em condições ótimas, além dos sintomas e sinais do parto antes do tempo.

O número de puérperas cadastradas são nove, estimado no CAP são dez puérperas, totalizando uma cobertura de 90%. Todas receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido e aleitamento materno exclusivo. 100% delas tiveram a sua consulta puerperal registrada e o abdome examinado. Só 89% tiveram as mamas examinadas e exame ginecológico. Contamos na ESF com um médico Ginecologista-obstetra pelo que o atendimento pré-natal é 100% feito por ele, em duas

frequências semanais. Após as consultas de pré-natal sempre é agendada a próxima consulta. Mantemos estreito relacionamento tanto em consultas como em visitas domiciliares em conjunto com a equipe de saúde, procurando as pessoas usuário faltosas e verificando se são cumpridas as orientações dadas por os profissionais. Em nosso Município o ginecologista e quem oferece atendimento às grávidas por estratégia do gestor, segundo a valoração do risco da gestante o próprio especialista faz encaminhamento da usuária a Porto Alegre. No município também não se faz cesárea e também não cirurgias, todos os casos são encaminhados.

O ginecologista faz o atendimento de todo o pré-natal, com orientações mensais, e acompanhamento das urgências. Mas contempla as ações programáticas de acompanhamento. Ocorrem semanalmente, os problemas agudos, são referenciados para hospitais de média e alta complexidade, mesmo que exista demanda deste tipo de problema. Identificamos a existência de protocolo para o atendimento de pré-natal e avaliação de risco gestacional. Os registros são anotados no prontuário clínico, e atualizados nos programas específicos. A enfermagem procura orientar sobre o calendário vacinal e as especificidades do cartão de vacinas. Neste momento existe um acolhimento para orientação das gestantes, e o município está em atenção ao programa SISPRENATAL, e os dados são atualizados pela enfermeira. Identificamos damos atendimento duas vezes ao mês a os grupos de gestantes, e o planejamento do programa.

Quanto à atenção aos programas de câncer de mama e de útero: a cobertura é de 85%. São estimadas 238 mulheres entre 25 e 64 anos para área e segundo nossos registros são 202 mulheres acompanhadas, o que representa 85% do estimado. Até agora só 199 mulheres para 99% esta com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia e 1% esta com mais de seis meses de atraso. 2% teve a citologia alterada, mas temos que dizer que os resultados deste mês ainda não estão prontos. Também temos 22% das mulheres com avaliação de risco para câncer de colo de útero, e 100 % receberam orientação sobre prevenção de CA de colo de útero e sobre DST. 197 mulheres com exames coletados com amostras satisfatórias para 98% e 1% de exames coletados com células representativas da junção escamo colunar.

A qualidade da prevenção se mostra através da promoção a saúde, mediante aos programas realizados pela ESF. Um exemplo se realiza anualmente a coleta de exames cita patológico, exame clínico especular, com tratamento de acordo com as

características do corrimento vaginal, e após o resultado do exame se realiza o tratamento.

Para o câncer de mama temos uma cobertura de 88% sendo 89 mulheres entre 50 e 69 estimadas para área e 78 são acompanhadas pela unidade. Em nossa pesquisa na área de abrangência encontramos 76 mulheres com mamografia em dia o que representa 97% do total e 2 com mamografia com mais de 3 meses em atraso para 3%. Nove pessoas foram avaliadas para risco de câncer de mama com um 12% e 100% receberam orientações sobre prevenção do câncer de mama.

Concluimos que oferecemos orientações, o trabalho em conjunto com a equipe aumenta a cada dia, o que reflete de forma positiva nos resultados de trabalho. Até o momento não temos casos positivos diagnosticados como câncer de colo de útero e também não de mama, mais ainda continuamos com o rastreamento ativo e as atividades de promoção e prevenção. A detecção destes casos é encaminhada através da regulação estadual para hospitais para tratamento. Em caso de diagnóstico positivo de câncer de colo de útero e mama estão estabelecidas normas e protocolos para o atendimento especializado em Porto Alegre, com inovadoras e certas condutas médicas, já seja quimioterapia, radioterapia ou cirurgia dependendo do critério do especialista avaliador. Após isso damos seguimento e verificamos a assistência à consulta e o cumprimento das orientações e medicações. Realizamos um programa de detecção e acompanhamento de doenças sexualmente transmissíveis. A demora no resultado de biópsias, por ser realizada fora do município, bem como exames de média e alta complexidade, realizada também em outros municípios necessitaria de outro olhar e a criação de uma rede de trabalho para os casos que necessitam de acompanhamento.

Em relação à cobertura de hipertensos são estimadas 194 pessoas com hipertensão e acompanhados 95, com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na ESF, o que representa 49% do estimado, destes 6% tem atraso da consulta agendada em mais de sete dias. Todos receberam orientações sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável, 95 % estão com avaliação de saúde bucal em dia e 93% têm os exames complementares periódicos em dia e em 90% foi realizada a estratificação de risco cardiovascular pelo critério clínico. A qualidade como já citamos, merece muito mais atenção, contamos com o protocolo em APS para a HAS existe um melhor manejo para o controle de doença, levando em conta o risco e característica. Percebemos melhores avaliações referentes ao

tratamento e seguimento desses usuários Já existe agendamento de consultas para o seguimento da doença. Notamos certa resistência para a mudança no estilo de vida, muitos possuem dificuldade para deslocamento de sua residência para buscar o medicamento. Mais continuamos insistindo em as ações de educação a população e sensibilização dela. E nossa assistência farmacêutica precisa ser reavaliada, para contemplar as medicações adequadas para HAS. Nestes momentos se continua a coordenação com a secretaria de saúde para o fornecimento de maior quantidade de medicamentos na farmácia, e der possível, levar conosco um número deles para fornecer a população, assim como a proposta de criar uma farmácia com pessoal treinado mais perto da população.

Quanto à diabete Mellitus, identificamos um número ainda baixo de pessoas que apresentam esta patologia na área de abrangência, constituindo um problema importante da ESF. Temos até agora 21 pessoas identificadas com diabéticos, com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na ESF, o que representa 38% do estimado. 4.7% tem atraso da consulta agendada em mais de sete dias. Todos estão com exames complementares periódicos em dia e todo tem feitos nos últimos três meses exame físico dos pés, palpação do pulso tibial posterior e pedioso, medida da sensibilidade dos pés, orientação sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável. Destes 100 % estão com avaliação de saúde bucal em dia, e 86% foi realizada a estratificação de risco cardiovascular pelo critério clínico. Temos protocolos, o que permite um manejo adequado para o controle de da hipertensão e diabetes.

Quanto ao atendimento específico para população idosa: temos 73 pessoas com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na nossa ESF o que representa o 62% do total estimado. Até agora todos receberam orientações de hábitos alimentares saudáveis, importância da atividade física regular e estão com avaliação de saúde bucal em dia e caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Só 22 pessoas têm realizado a avaliação Multidimensional Rápida representando 30% da população da área e 100% têm acompanhamento em dia. A doença predominante neste grupo etário é a HAS com 66% do total de idoso, seguido pela Diabetes que alcança um 21%. 29 deles foram realizados avaliação de risco para morbimortalidade totalizando 40%, também fizeram 15 usuários idosos investigação de indicadores de fragilização na velhice para um 21%. No trabalho, temos incorporado mais de um 50% dos idosos à academia de saúde, que tem como principal objetivo a pratica de

exercícios físicos orientados por um professor que atende nas sextas de tarde, são feitas atividades recreativas com o grupo onde se incentiva aos idosos a ter melhor saúde mental e qualidade de vida, oferecemos encontros as vezes nas próprias casas de alguns deles com chá, doces e algumas refeições leves para a confraternização dos mesmos contando sempre com a participação da equipe de saúde, seja citando aos usuários ou participando ativamente nas próprias atividades.

Em relação à saúde bucal, temos um odontólogo que oferece atendimento um dia da semana durante as oito horas, realiza 16 procedimentos por dia, o que é o mesmo de 16 procedimentos por semana. Ao mês 64 atendimentos para ter um acumulado de 704 num período de 11 meses, para uma média de procedimentos clínicos por habitantes por mês que representa um 0.4% parâmetro mínimo recomendado pelo MS. É de destacar que o mesmo odontologista que trabalha na USF tem agendamentos em outras unidades, segundo o planejamento da secretaria de saúde. Nossa equipe não tem técnico de saúde bucal às enfermeiras suprem essa função. O atendimento na primeira consulta para pré-escolares (0-4anos) são 15 para 75%. Os escolares (15-14) foram 75 consultas para um 76%. O número de consultas para idosos foi de 73 para 62% e no caso das gestantes 8 consultas para um 92%.

Nosso maior desafio é a sensibilização dos profissionais, que atuam na ESF, e na gestão, em se adequar as práticas do Sistema único de Saúde. O fator cultural visto pela prática da medicalização e as filas no atendimento, gerado pelo próprio sistema, outro desafio seria o cadastramento de toda população, para detectar quais os tipos de agravos existentes no território. O questionário fomentou o trabalho em equipe para as respostas, pretendemos utilizar este recurso para implantação dos programas preconizados, uma ação inter-setorial, com a educação, assistência social, e outros setores, no intuito de promover ações de educação em saúde, mostrando a comunidade seus direitos e deveres para o bem comum. A equipe poderá realizar ações de prevenção, inicialmente com ações voltadas para ao acompanhamento dos casos de doenças crônicas não transmissíveis, que aflige uma considerável parcela da comunidade. Um apoio que poderíamos contar seria a melhoria do controle social, elaborar os programas e aprovar junto ao conselho de saúde para o engajamento da gestão em aceitar e por em prática as ações desenvolvidas através dos indicadores que poderemos levantar, juntamente com o desenvolvimento das potencialidades dos saberes da equipe.

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

Após fazer o relatório de análise situacional a visão do trabalho mudou tanto para o trabalho em equipe, como para a população. No texto inicial, não consegui falar de forma organizada sobre o serviço, havia também muita dificuldade com o português. No início a equipe de trabalho da ESF não estava contente com a chegada do Programa Mais Médicos, acredito que isso deve-se a forma como entendia-se e trabalhava-se a ESF. A equipe ainda estava incompleta, não tinha conhecimento das funções de todos os integrantes, não eram efetuadas reuniões de equipe para analisar e discutir os problemas da comunidade e dar soluções. O atendimento da população era por demanda imediata sem existir o agendamento dos usuários e também não era feito o acolhimento.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

De acordo com o Ministério da Saúde (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010, a Hipertensão Arterial configura-se como um problema de saúde pública no Brasil e no mundo). Segundo (OLIVEIRA, 2011). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das mais graves doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), presente em praticamente todos os estratos sócios econômicos no mundo. Por sua vez, o diabetes mellitus (DM) se encontra hoje como uma epidemia mundial, trazendo um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo, apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. O Ministério da Saúde, em 2014, estima em 11,9 milhões de pessoas portadoras de diabetes mellitus, sendo apontado como o quarto país em número de casos diagnosticados no mundo em 2013.

A Estratégia de Saúde da Família de Tainha é localizada na zona rural do município São Francisco de Paula, no distrito de Tainhas. Estão distantes 38 km da sede e considerada zona rural. A ESF foi implantada recentemente, há 18 meses e conta com uma equipe formada por uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, quatro agentes comunitários, um médico e um dentista. Sua estrutura física está formada por uma recepção, uma sala de espera, um consultório médico, um consultório odontológico, um banheiro para funcionários e outro para os usuários. Uma cozinha, um depósito de limpeza e lixo, sala de recepção para lavagem e descontaminação de material, todos com boa iluminação e ventilação o qual facilita

um bom desempenho dos funcionários. A população da área adstrita é de 868 habitantes.

Segundo o CAP o número estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 194 e de diabéticos é de 55, para essa mesma faixa etária. Para os quais temos uma cobertura atual de 49% de hipertensos e 38% dos diabéticos na ESF. A qualidade da atenção à saúde desta população não é boa, e possível melhorá-la trabalhando mais na prevenção e promoção de saúde, neste sentido já iniciamos o atendimentos a este grupo específico chamado “Grupo Coração”, que reúne-se uma vez a cada mês em um local oferecido pela comunidade, fazemos palestra onde orientamos aos usuários sobre suas doenças, esclarecemos dúvidas e favorecemos a troca de experiências entre eles, fomentamos hábitos de vida saudáveis, como adequada alimentação, práticas esportivas, autocuidado dos pés, manter as vacinas em dia, entre outros aspetos de interesse comum.

A ausência de Prevenção e Promoção de Saúde tem desencadeado um aumento na incidência das doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão e Diabetes, fazendo que tanto os recursos físicos como os humanos sejam insuficientes na obtenção de uma atenção oportuna e de qualidade para a população, com a consequente insatisfação dos usuários. Pela importância de prevenir os agravos causados pela Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial como internações hospitalares por períodos prolongados de tempo, incapacidade relativa ou temporária, e complicações a equipe escolheu intervir nesta ação, procurando propiciar uma maior qualidade de vida a estes usuários.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus em usuários com vinte anos e mais, na ESF Tainha. São Francisco de Paula, RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

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

Metas: 2.1- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.2- Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos para a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.3- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. **2.4-** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

Objetivo 4- Melhorar o registro das informações.

Meta: 4.1- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5- Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta: 5.1- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas: 6.1- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.2- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.3- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.4- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

2.3 Metodologia

Trata-se de uma intervenção, que terá como objetivo melhorar a Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus em usuários com 20 anos e mais na ESF Tainha. São Francisco de Paula. RS. Irá iniciar em outubro 2015. Apopulação alvo será os 55 usuários diabéticos e 195 usuários hipertensos da área de abrangência da ESF Tainha.

A coleta de dados ocorrerá por meio do preenchimento da planilha de coleta de dados e ficha espelho fornecida pelo curso.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

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

Ações:

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: Os usuários serão cadastrados durante as consultas médicas, onde será preenchida a ficha-espelho. A enfermeira fará a checagem das fichas-espelhos ao final de cada semana da intervenção.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Será realizado o registro de forma tradicional nas fichas individuais, fornecidas pelo curso de especialização em Saúde da Família da UNASUS UFPEL, (Ficha espelho e PCD), além disso, elaboramos um livro de registro para diabéticos e hipertensos. Sendo os responsáveis pela ação médico e enfermeira em cada consulta.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou diabéticos.

Detalhamento: Capacitar ao pessoal envolvido no acolhimento do usuário, ACS, enfermeira, técnica em enfermagem, odontólogo e demais membros da equipe, a través de palestras que tenham como tema as doenças em estudo, que será feito em reunião da equipe todas as quartas no horário da tarde.

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

Detalhamento: Solicitar a secretaria de saúde o fornecimento de material para a tomada da pressão arterial como (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e glucosímetros, fitas e balança em bom estado técnico o seja observando a data de inspeção e avaliação dos aparelhos e o tempo de validade de acordo com o Inmetro e a reposição dos que fiquem danificados. Fazendo a revisão dos mesmos uma vez por semana por parte da enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

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

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

Detalhamento: Fazer treinamento ou capacitação da equipe para que mantenha a comunidade orientada para as consultas de retorno, educação continuada na importância da tomada da tensão arterial assim como os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e/ou diabetes, na própria sala de acolhimento na ESF duas vezes por semana por parte do médico e enfermeira, com a leitura previa dos protocolos estabelecidos pelo MS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Detalhamento: Para realizar as ações de capacitação da equipe sobre cadastramento, para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, realização do hemoglicoteste será feita uma palestra de duas horas de duração por parte do médico e enfermeira uma vez a semana na própria ESF, na sala de acolhimento. Serão preciso vídeos baixados pela internet, cartazes e os protocolos presentes na ESF, para o estudo ou esclarecimento de duvidas.

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

Meta: 2.1- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Os usuários serão monitorados e examinados durante as consultas médicas, onde será preenchida a ficha-espelho. O médico fará a checagem das fichas-espelhos e coleta de dados após finalizada a consulta medica e ao final da intervenção.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

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

Detalhamento: Em reunião semanal de a equipe definir o responsável por o exame clínico dos usuários em estudo, neste caso o médico, sendo feito em cada encontro com o usuário, seja em consulta como em visita domiciliar.

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

Detalhamento: Para realizar as ações de capacitação da equipe sobre os protocolos estabelecidos pelo MS serão realizadas duas palestras semanais com uma hora de duração por parte do médico na própria ESF, na sala de acolhimento com a utilização dos protocolos impressos, para o estudo ou esclarecimento de dúvidas.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Em reunião de equipe será pactuado com o resto dos integrantes o tempo (uma hora) e a periodicidade (semanal) para realizar atualização dos profissionais por parte do médico da ESF.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Revisar em conjunto com a gerente da ESF a existência do protocolo impresso, versão atualizada na unidade se saúde, em caso contrario solicitar a secretaria de saúde a versão digital atualizada para imprimi-la. A responsável será a enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Para realizar as ações de orientação da comunidade e usuários em estudo com a realização uma palestra semanal com uma hora de duração por parte do médico e enfermeira na própria comunidade em local providenciado por

líder da comunidade, pode ser escola ou igreja sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabéticos e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Para realizar as ações de capacitação da equipe sobre a realização de exame clínico apropriado. Fazer palestra e intercambio uma vez por semana, responsabilizando ao médico com duração de uma hora na própria ESF, na sala de acolhimento.

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

Meta: 2.2- Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos para a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Os usuários serão monitorados quais dos usuários têm exames laboratoriais solicitados com ou sem resultados durante as consultas medicas ou visitas domiciliares, por parte do médico e enfermeira.

Ação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Os usuários serão monitorados quais dos usuários têm exames laboratoriais solicitados com ou sem resultados durante as consultas medicas ou visitas domiciliares, por parte do médico e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Os usuários em estudo têm que ter garantidos os exames complementares, através de solicitações feitas nas consultas, visitas domiciliares ou nas reuniões de grupo de apoio com responsabilidade dos mesmos do médico e enfermeira.

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

Detalhamento: Os usuários terão feitos os exames complementares definidos no protocolo com preferência e rapidez, por meio de pactuação feita pelo gestor em conjunto com os laboratórios conveniados ao. Responsável será o gestor em conjunto com o responsável de marcação de exame, sob supervisão do médico.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Será estabelecido um sistema de alerta, que consiste no aviso rápido de aqueles exames complementares preconizados, feitos nos usuários alvo a traves de ligações rápidas pela via telefônica a ESF Tainhas, tendo como responsáveis a recepcionista de laboratório e a técnica de enfermagem da ESF.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Os usuários e a comunidade serão orientados quanto à necessidade de realização de exames complementares tanto na sala de acolhimento, consultas, visitas domiciliares e reunião de grupos de apoio a traves de palestras. Com responsabilidade de todo o equipe.

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

Detalhamento: Os usuários e a comunidade serão orientados em quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares nas consultas na ESF com responsabilidade do médico e enfermeira.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Para realizar as ações de capacitação da equipe sobre o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Fazer palestra e intercambio uma vez por semana, responsabilizando ao médico com duração de uma hora na própria ESF, na sala de acolhimento.

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

Meta: 2.3- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia

Detalhamento: Fazer visitas semanais Farmácia Popular/Hiperdia para comprovar o fornecimento de medicações para o controle dos usuários em estudo por parte do médico e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Será realizado o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos na farmácia da secretaria de saúde todos os dias al arrumar o estoque de medicamentos, com responsabilidade por parte da licenciada em farmácia e enfermeira da ESF.

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

Detalhamento: Para manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, será atualizado um registro para o controle das mediações em existência e as que faltam, para fornecê-las, responsável a enfermeira da ESF.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Para realizar as ações de orientação da comunidade e usuários em estudo com a realização uma palestra semanal com uma hora de duração por

parte do médico e enfermeira na própria comunidade em local providenciado por líder da comunidade, pode ser escola ou igreja sobre ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: Para realizar as ações de capacitação da equipe sobre atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabéticos será feita palestra e troca de experiências uma vez por semana, tendo como responsável o médico, com duração de uma hora na sala de acolhimento da ESF.

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

Detalhamento: Para realizar as ações de capacitação da equipe sobre orientar os usuários as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Fazer palestra e intercambio uma vez por semana, responsabilizando ao médico com duração de uma hora na própria ESF, na sala de acolhimento.

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

Meta: 2.4- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Os usuários hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico serão monitorados pelas ACS em conjunto com o odontologista, com responsabilidade deste ultimo em consulta feita para dar cumprimento a essa ação a ultima semana de cada mês na ESF.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Realizar uma agenda com a listagem dos usuários hipertensos e diabéticos com necessidade de atendimento odontológico, com dados fornecidos pelas ACS, semanalmente com responsabilidade da enfermeira.

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

Detalhamento: Avaliação da necessidade de atendimento odontológico a traves de consulta de odontologia ao inicio da intervenção e logo com frequência de 15 em 15 dias pelo odontologista como o responsável da ação.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Será feita uma palestra pelo o odontologista e ACS ao inicio da intervenção na comunidade para orientar sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos além de oferecer esta orientação em visitas domiciliares e reunião de grupo de apoio com responsabilidade da enfermeira e odontologista, mensal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Será feita uma capacitação a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos com responsabilidade do odontologista ao inicio do projeto e mensal.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: Será verificada a assistência dos usuários a consultas medica na ESF, em visitas domiciliares feitas pelas ACS prévio checape da ficha espelho e livro de registro uma vez por semana, feito com o objetivo da busca de usuários faltosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Realizar visitas domiciliares por ACS e com responsabilidade da enfermeira uma vez por semana para buscar aos usuários faltosos e orientar a importância de assistir a consultas.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Realizar um encontro semanal na ESF com a enfermeira, técnica de enfermagem e ACS para a realização da agenda de acolhimento os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Responsável à enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: Realizar cartazes com horários de atendimento por consultas e distribuir em igrejas, escolas, lojas e na própria ESF, insistindo na importância de realização das consultas. Responsável as ACS de forma continua, na comunidade.

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

Detalhamento: Fazer encontros com usuários hipertensos e diabéticos em estudo, assim como líderes da comunidade insistindo na importância do seguimento por consulta destes usuários em espaços procurados por eles mesmos, onde possam sentirem-se confortáveis para falar do tema de 15 em 15 dias. Responsável médico com o resto da equipe.

Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabéticos à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Fazer encontros com usuários hipertensos e diabéticos em estudo, assim como líderes da comunidade insistindo na importância do seguimento por consulta destes usuários em espaços procurados por eles mesmos, onde possam sentir-se confortáveis para falar do tema de 15 em 15 dias, assim como esclarecer dúvidas em relação às doenças, seguimento periódico. Responsável médico com o resto da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Para realizar as ações de capacitação das ACS sobre a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, será estabelecido um dia por semana com uma hora de duração com responsabilidade por parte da enfermeira em forma de palestra na ESF, sala de enfermagem.

Objetivo: 4 Melhorar o registro das informações.

Meta: 4.1- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: Revisar por a enfermagem e médico de 15 em 15 dias a qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde, na própria ESF, utilizando o livro de registro, PCD e Ficha espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Digitar os dados referentes ao estudo pelo SIAB diariamente por parte do médico e enfermeira, na própria ESF.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Preencher conforme sejam atendidos os usuários alvos, as fichas de acompanhamento, diariamente por parte da técnica de enfermagem, enfermeira e médico, na própria ESF.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Em reunião de equipe semanalmente pactuar com os integrantes da equipe como vai a ocorrer o registro das informações. Na própria ESF, com a responsabilidade do médico.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Em reunião de equipe na ESF e antes do início do estudo definir a enfermeira como responsável pelo monitoramento dos registros.

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

Detalhamento: Em reunião com equipe de saúde orientar a traves de palestra e chuva de ideias com auxílio dos protocolos impressos na própria ESF o sistema de registro, já estabelecido a traves de livro de registro, prontuário médico, ficha espelho e PCD. Responsável médico com frequência de até 15 dias.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Em palestras feitas de 15 em 15 dias na comunidade com participação e responsabilidade de enfermeira e ACS, orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos.

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

Detalhamento: Para realizar as ações de capacitação da equipe sobre o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos e o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas precisamos fazer palestra e intercambio uma vez por semana, responsabilizando ao médico com duração de uma hora na própria ESF, na sala de acolhimento.

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

Meta: 5.1-Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: Os usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus serão monitorados com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano mediante o prontuário médico com responsabilidade da enfermeira na própria ESF.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: Estabelecer este parâmetro, sobre priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Como prioritário na reunião da equipe antes do início do estudo, responsável o médico na ESF.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Estabelecer este parâmetro, sobre organizar a agenda para o atendimento desta demanda na reunião da equipe antes do início do estudo, responsável o médico na ESF.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: Em visitas domiciliares, sala de acolhimento e em consultas medica orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular mediante conversas regulares com responsabilidade de todo equipe diárias.

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

Detalhamento: Será realizado em visitas domiciliares, sala de acolhimento e em consulta médica. Haverá esclarecimento aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, prática atividade física), com responsabilidade de toda a equipe, diariamente nos horários de funcionamento da ESF.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ações:

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

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

Detalhamento: Para realizar as ações de capacitação da equipe sobre realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, à importância do registro desta avaliação e as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis haverá encontros semanais com a equipe, sobre responsabilidade de médico, com duração de uma hora na própria ESF, na sala de acolhimento. Utilizando para isso os protocolos impressos da ESF, livros e materiais acessados via internet.

Objetivo: 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta: 6.1- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Será monitorada por parte da enfermeira em conjunto com a nutricionista, com frequência mensal a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos pelas ACS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Realizar palestra na comunidade e ESF sobre práticas coletivas sobre alimentação saudável, com frequência semanal, responsável à enfermeira.

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

Detalhamento: Fazer encontro com a Nutricionista para combinar sua participação e responsabilidade no estudo antes do início do mesmo, na ESF e responsável o gestor.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar hipertensos e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Fazer palestras e encontros sobre temas como a importância da alimentação saudável, nos espaços da comunidade como escolas, igreja e locais fornecidos pelos líderes da comunidade e na própria sala de acolhimento da ESF responsável enfermeira com frequência semanal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

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

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

Detalhamento: Para realizar as ações de capacitação da equipe sobre práticas de alimentação saudável e metodologias de educação em saúde. Precisaram fazer palestra e intercambio mensal, responsabilizando ao médico com duração de uma hora na própria ESF, na sala de acolhimento. Utilizando para isso os protocolos impressos da ESF, livros e materiais baixados da internet.

Objetivo: 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta: 6.2- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Os usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus serão monitorados em a realização de atividade física regular de hipertensos e/ou diabéticos uma vez por semana com o orientador físico e as ACS, na comunidade ou espaço dedicado a essa atividade.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Realizar encontro com o orientador físico em parceria com a Academia de saúde antes do inicio do estudo e a metade do mesmo para Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física, com frequência semanal e responsável pelas mesmas o orientador físico e enfermeira, em o espaço dedicado na escola da comunidade.

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

Detalhamento: Realizar encontro com o gestor para envolver ao orientador físico em parceria com a Academia de saúde antes do inicio do estudo e a metade do mesmo para Organizar as práticas esportivas coletivas e palestras na própria Academia de saúde. Responsável técnico em enfermagem e ACS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Fazer palestras e encontros sobre temas como a importância da atividade física regular, nos espaços da comunidade como escolas, igreja e local é fornecidos pelos líderes da comunidade e na própria sala de acolhimento da ESF responsável enfermeira com frequência semanal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

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

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

Detalhamento: Para realizar as ações de capacitação da equipe sobre promoção da prática de atividade física regular e metodologias de educação em saúde. Precisaram fazer palestra e intercâmbio mensal, responsabilizando ao médico com duração de uma hora na própria ESF, na sala de acolhimento. Utilizando para isso os protocolos impressos da ESF, livros e materiais baixados da internet.

Objetivo: 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta: 6.3- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Realizar palestra em local da comunidade (igreja, escola, espaços fornecidos por algum líder da comunidade) sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos. Com frequência mensal e responsabilidade do médico e toda a equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

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

Detalhamento: Gerenciar com o gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" que precisam os usuários alvos da intervenção para incorpora-los à listagem de medicamentos da farmácia do SUS, responsabilidade o médico e a licenciada em farmácia.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Fazer palestras e encontros sobre temas como a importância da existência de tratamento para abandonar o tabagismo, nos espaços da comunidade como escolas, igreja e local é fornecidos pelos líderes da comunidade e na própria sala de acolhimento da ESF responsável enfermeira com frequência semanal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

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

Detalhamento: Para realizar as ações de capacitação da equipe sobre o tratamento de usuários tabagista e metodologias de educação em saúde. Precisaremos fazer palestra e intercâmbio mensal, responsabilizando ao médico com duração de uma hora na própria ESF, na sala de acolhimento. Utilizaremos para isso os protocolos impressos da ESF, livros e materiais baixados da internet.

Objetivo: 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta: 6.4- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Realizar palestra em local da comunidade (igreja, escola, espaços fornecidos por algum líder da comunidade) sobre realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos. Com frequência semanal e responsabilidade do odontologista e toda a equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Em reunião da equipe, na ESF combinar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, antes do início de estudo e sempre que fora preciso. Responsável o médico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Fazer palestras e encontros sobre temas como a importância da higiene bucal, nos espaços da comunidade como escolas, igreja e local é fornecidos pelos líderes da comunidade e na própria sala de acolhimento da ESF responsável enfermeira com frequência semanal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Para realizar as ações de capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal. Precisaram fazer palestra e intercâmbio mensal, responsabilizando ao médico com duração de uma hora na própria ESF, na sala de acolhimento. Utilizando para isso os protocolos impressos da ESF, livros e materiais baixados da internet.

2.3.2 Indicadores

Relativos ao objetivo 1 – Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1. Cadastrar 80% dos hipertensos e Diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes.

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 da unidade de saúde.

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

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

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

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

Relativos ao objetivo - 2 Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

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

Indicador 2.1.1: Proporção de hipertensos com de exame clínico em dia de acordo **com o protocolo**

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Indicador 2.1.2: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta: 2.2. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.2.1: 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.

Indicador 2.2.2: 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 2.3. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.3.1: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Indicador 2.3.2: 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: 2.4. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 2.4.1: 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.

Indicador 2.4.2: 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.

Relativas ao objetivo 3 - Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

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

Indicador 3.1.1: 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.

Indicador 3.1.2: 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.

Relativas ao objetivo 4 - Melhorar o registro das informações

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

Indicador 4.1.1: 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.

Indicador 4.1.2: 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.

Relativas ao objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

Indicador 5.1.1: 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.

Indicador 5.1.2: 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.

Relativas ao objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Indicador 6.1.1: 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.

Indicador 6.1.2: 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: 6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.2.1: 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.

Indicador 6.2.2: 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 6.3. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.3.1: 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.

Indicador 6.3.2: 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: 6.4. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.3.1: Proporção 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.

Indicador 6.3.2: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para a intervenção com foco em atenção à saúde do hipertenso e diabético adotaremos como protocolo os Cadernos de Atenção Básica sobre cuidado à saúde da Hipertensão Arterial Sistêmica, e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013), o qual será providenciado e disponibilizado para toda equipe.

Cada integrante da equipe terá sua função pré-estabelecida no projeto, o médico fará a avaliação clínica, acompanhamento e conduta terapêutica para os usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus e preencherá a avaliação dos mesmos das doenças (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus) na ficha de atendimento individual do usuário. Também realizará palestras em relação aos temas do projeto de intervenção, capacitará a equipe para melhorar seu trabalho e que suas ações possam ter qualidade, além de preparar relatórios das atividades de promoção e prevenção realizadas para discutir nas reuniões da equipe.

O enfermeiro irá prestar assistência aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, realizará testes e procederá a sua leitura, participará de atividades de educação em saúde, inclusive: orientar na pós-consulta Para avaliar evolução após tratamento e exame laboratorial indicados na primeira consulta e quanto ao cumprimento das prescrições médicas. Também irá supervisionar e capacitar as ACS. Irá manter atualizado e em constante supervisão os documentos que coletam os dados a utilizar no projeto de investigação, para citar ou recuperar usuários faltosos;

O técnico de enfermagem terá a responsabilidade de fazer o acolhimento tomado dos sinais vitais aos usuários preparando o usuário para as consultas. Acompanhará o enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Realizar os testes de HGT, mapeamento da tensão arterial, tomada de peso e estatura.

O ACS desenvolverá e executará atividades de prevenção e promoção da saúde da Hipertensão e Diabetes, por meio de ações educativas e coletivas, nos domicílios e na comunidade que fortaleçam a qualidade de vida dos usuários, estimulando-lós a modificar seu estilo de vida com uma dieta saudável e orientando a fazer exercício físico ou caminhadas ao dia pelo menos 15 minutos. Utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade e cadastrar toda a população da área da abrangência. Orientará sobre o acompanhamento médico aos usuários. Citará a consultas programadas aos usuários faltosos. Verificará o cumprimento do tratamento e das orientações médicas.

Realizaremos os registros específicos em prontuário clínico individual, contendo informações das consultas médicas, consultas de enfermagem, saúde bucal, e a visita do agente comunitário, com evoluções contínuas e sucintas, fichas espelho (disponibilizada pela UFPEL) e ficha complementar para preencher todos os dados relevantes para a intervenção. Este registro individual servirá para acompanhamento de cada usuário e discussão de caso nas reuniões de equipe. Estes materiais serão solicitados antes de iniciar o projeto, a gestão irá apoiar no suprimento dos prontuários impressos e em fornecer a quantidade e os materiais de insumo necessários para a execução do programa.

O cadastramento será de responsabilidade da enfermeira, com dados da consulta médica ou de enfermagem, bem como os dados fornecidos pelas visitas domiciliares realizadas pelos ACS. O transporte está disponível todos os dias, já que o carro fica na ESF, para as visitas que precisam ser realizadas tanto pelo médico como pela enfermeira em conjunto com a ACS que assiste a esses usuários.

Depois do atendimento aos usuários, o pedido dos exames será encaminhado à secretaria de saúde para a marcação e agendamento dos mesmos, para após realizá-los seja no próprio município ou em municípios vizinhos, com os quais temos contratos do SUS em parceria.

.A busca ativa aos usuários faltosos será feita pelas ACS e toda a equipe, agendando as consultas na unidade, ou a visita domiciliar do médico ou enfermeiro. Nosso intuito será de realizar teste de glicose, aferição de pressão arterial, buscando os fatores de risco, que poderão complicar o bem estar e a qualidade de vida das pessoas, prevenindo os agravos crônicos não transmissíveis. Para isso teremos o veículo disponível para as visitas domiciliares.

Para viabilizar as ações de capacitação a equipe para a utilização do protocolo realizará capacitações sistemáticas com os seguintes assuntos; alimentação padronizada dos registros dos agentes comunitários; alimentação dos dados eletrônicos (SIAB); verificação dos sinais vitais; diálogo sobre a função de cada membro da equipe segundo protocolo; avaliação dos riscos e suporte adequado em casos de crise hipertensiva e urgência e emergência destes agravos, como proceder e qual o melhor encaminhamento; serão feitas discussões de casos em reuniões da equipe, debatendo cada caso de usuário em particular.

Para sensibilizar a comunidade realizaremos ações de engajamento público, utilizaremos cartazes e folders feitos pelas ACS supervisionadas pela enfermeira com materiais fornecida pelo gestor da secretaria de saúde, com orientações sobre fatores de risco além de palestras em espaços comunitários para explicar a importância da adesão da comunidade no programa, serão feitas as reuniões no salão da igreja, sala de aula, num antigo posto de saúde e salão de escola. Além de oferecer orientações na sala de espera sobre fatores de risco e a importância da continuidade do programa. A equipe utilizará o mural da ESF, como ferramenta para informar as datas de atendimento do programa e salientar a importância da continuidade do acompanhamento com a equipe. A equipe irá formar um grupo de ajuda mútua, entre os usuários portadores de HAS e DM, orientando em atividades de prevenção e promoção dos fatores de risco, responsabilizando a equipe.

Para monitoramento da ação programática, o que ocorrerá semanalmente, a enfermeira e os técnicos de enfermagem analisarão os prontuários dos usuários, verificando se há bom seguimento e controle, se estão seguindo o tratamento orientado. Serão também avaliados os faltosos, para futura busca ativa juntamente com os agentes comunitários de saúde. Realizar-se-á uma reunião semanal para discussão dos casos e das atividades e orientação para semana seguinte. Estes encontros serão feitos todas as quartas às 15 horas na ESF Tainhas, e servirão para a adequação do programa, atenuando as dificuldades e podendo otimizar as ações.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação da equipe quanto ao protocolo e preenchimento do prontuário e planilha												
Atendimento e cadastro de usuários com HAS e DM e cadastrá-los no programa.												
Busca ativa de usuários com HAS e DM.												
Produção de folhetos e cartazes no intuito de promoção à saúde.												
Reunião com a comunidade utilizando espaços públicos												
Monitorar a agenda de atendimento, manter atualizado o prontuário específico.												
Visitas domiciliares e busca ativa dos faltosos												
Grupo de apoio para usuários com HAS e DM.												
Monitoramento da participação da equipe nas estratégias de intervenção												

A apresentação dos resultados para equipe, comunidade e gestores, aconteceram, respectivamente, nas seguintes datas: 25/01/2016, 28/01/2016 e 3/02/2016.

3 Relatório da Intervenção

Durante o período entre o final de setembro e a primeira quinzena de dezembro de 2015, na ESF Tainha, foi desenvolvido o Projeto de Intervenção para Melhoria da Atenção à saúde dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, com pessoas entre vinte anos ou mais, residentes na área de abrangência da unidade.

Dentre as necessidades observadas, foram definidos seis objetivos específicos para a realização do projeto e cada um contou com suas respectivas metas e ações.

Todas foram desenvolvidas dentro dos quatro eixos pedagógicos do curso: Monitoramento e avaliação, Organização e gestão do serviço, Engajamento público e Qualificação da prática clínica.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Em relação ao monitoramento e avaliação, foram realizados o cadastramento, conforme o detalhamento proposto no projeto. Foi feito o preenchimento da planilha de coleta de dados (PCD) fornecida pelo curso, sendo cadastrados 91,8% (178) usuários com hipertensão arterial e 87,3% (48) usuários com diabetes mellitus, dados fornecidos pelo estimado do Caderno de Ações Programáticas.

A Enfermeira, em conjunto com o médico da ESF, foram responsáveis pelo monitoramento diário e cumprimento da periodicidade das consultas, de acordo com o protocolo vigente na unidade. A agenda foi organizada para atendimento específico, sendo disponibilizadas 32 vagas por semana para consultas médicas, oito consultas por dia para usuários alvos da investigação, em quatro dias da semana no horário da

manhã quatro e no horário da tarde quatro, além de manter atualizado o prontuário específico. A participação da equipe nas estratégias de intervenção também foi monitorada durante as 12 semanas, eu pela parte medica, todas as quintas as 15:00 horas. Ao concluir o projeto 100% dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus tinham o registro adequado na ficha de acompanhamento.

No decorrer das consultas foram realizados os exames clínicos completos para cada usuário, todas as anotações pertinentes a consultas foram realizadas no prontuário e nas fichas espelhos, inclusive referentes à avaliação odontológica. O monitoramento desta avaliação era realizado, conforme previsão no detalhamento de ações, quatro vezes por mês.

A estratificação de risco cardiovascular, Farmácia Popular do Brasil, foi realizada segundo o previsto.

Em relação ao eixo organização e gestão do serviço, foi realizada uma reunião da equipe para apresentação do projeto e seus objetivos (Ampliar a cobertura a usuários com hipertensão artéria e/ou usuários com diabetes mellitus; Melhorar a qualidade da atenção a usuários com hipertensão arterial e/ou usuários com diabetes mellitus; Melhorar a adesão de usuários com hipertensão arterial e/ou com diabetes mellitus ao programa; Melhorar o registro das informações; Mapear usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus de risco para doença cardiovascular e Promover a saúde de usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, na primeira semana, logo os profissionais que atuam na ESF, receberam a capacitação quanto ao protocolo do MS para trabalharem no projeto na primeira e segunda semana de Intervenção.

O Odontólogo que integrou-se ao Projeto, juntamente com a Enfermeira, organizaram a agenda de consultas disponibilizando três atendimentos odontológicos por turno aos usuários cadastrados no Programa.

Num início tive dificuldade para organizar agenda para atendimento específico, com certo grau de resistência por parte da enfermagem, já que os atendimentos foram somente por demanda espontânea, não existindo um agendamento para a realização das consultas, foi preciso então chegar a um acordo em reuniões, conversas individuais e o intercambio com os gestores para o convencimento da ação, já estabelecida e ainda não cumprida, felizmente conseguimos.

Conforme o andamento do Projeto, os usuários classificados como de alto risco aplicamos o teste de Framingham para avaliar individualmente segundo uma escala que avalia resultados laboratoriais, outras doenças associadas, lesões a órgãos alvos, idade risco e pode ser alto, médio ou baixo, recebiam semanalmente um acompanhamento efetivo, com visitas dos ACS e da Enfermeira, posterior a isso as consultas eram agendadas mensalmente ou conforme a necessidade. Nos casos de descompensação o atendimento era realizado imediatamente e posteriormente agendado consultas periódicas, uma vez por semana até estabilização do usuário.

Outra ação com dificuldade foi à busca ativa de usuários com HAS e DM. Pois não existia cadastro confiável ou adstrição da área. Em relação ao atendimento dos usuários com HAS e DM também tinha dificuldade, pois a equipe não estava completa, ao implantar a área da Tainha como ESF, completou-se a equipe e melhorou-se o atendimento. Antes as consultas foram feitas de 15 em 15 dias, com pessoal diferente cada vez, na atualidade é diário com uma equipe completa.



Figura 3: Visitas domiciliares e busca ativa dos faltosos no horário da tarde com a presença do médico e toda a equipe.

Houve dificuldade na avaliação dos usuários, no que diz respeito aos exames de rotina e avaliação clínica. A realização de exames de retorno para conclusão da consulta era muito demorada, levando até dois meses, pois as distâncias eram muito grandes. Os exames eram realizados em apenas um laboratório e a eficiência não era grande, podendo demorar até dois meses para sair os resultados, situação que foi discutida com o Secretário da Saúde do município São Francisco d Paula*(gestor) , que se comprometeu a conveniar outros laboratórios e implementar medidas para dar prioridade aos usuários das áreas distantes, como transporte diário para equipe. Atualmente temos dois laboratórios contratados, MACAM e BIO.

A Secretaria de Saúde disponibilizou os materiais necessários para produção de folhetos e cartazes no intuito de melhor nos comunicarmos com a população. Durante a intervenção a nutricionista da ESF que atua no Projeto, juntamente com outros profissionais (Médico, Odontologista, Enfermeira, Técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde e preparador físico), organizou seu trabalho em dois eixos: Práticas coletivas com palestras, distribuição de cartazes e discussão de casos e Atendimento individual com Plano Alimentares conforme a necessidade e a realidade de cada usuário.

As práticas coletivas para orientação de atividades físicas foram realizadas em locais fornecidos pela comunidade (Igreja, escola e salão da comunidade), desenvolvidas pelo Educador Físico e acompanhadas pela enfermagem da unidade, que realizava a aferição dos sinais antes e depois de cada atividade (Práticas esportiva). O Educador Físico também participou do grupo de apoio a pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus e reuniões com a comunidade.



Figura 4: Grupo de apoio para usuários com HAS e DM - Salão da igreja com a presença professora de educação física.

No eixo **Engajamento Público**, a sala de espera dentro da própria ESF Tainhas foi utilizada para as ações de promoção de saúde e prevenção de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, havendo orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal, realizadas diariamente em forma de bate papo, rodas de conversa e palestras na própria ESF com participação de toda equipe e máxima responsabilidade do médico e enfermeira.



Figura 5: Utilizando a sala de espera para realização de atividade educativa

Em diversas ocasiões, participaram destas atividades o Educador Físico, a Nutricionista e Odontólogo. Todas as atividades ocorreram sem dificuldade durante as 12 semanas. Quero ressaltar a participação ativa da equipe, em especial das ACS, que levavam até os usuários as informações sobre a existência do Projeto, convidando-os a participarem das palestras e reuniões com a comunidade. A especialista em Nutrição e Educador físico na realização dos grupos de apoio para usuários com HAS e DM, realizadas em local providenciados pela comunidade. O gestor de nosso município ofereceu sua ajuda e apresentou os resultados obtidos até a data atual.

Durante todo o processo de atendimento do usuário, dentro e fora da ESF foram fornecidos esclarecimentos quanto aos seus direitos e deveres, como por exemplo, o acesso aos seus registros de saúde e segunda via do atendimento, quando necessário. Tivemos um total de cinco reuniões com a comunidade em espaços públicos (Igreja, escola e salão da comunidade) onde foram debatidos temas relacionados com o Projeto de Intervenção em três sessões, assim como foram esclarecidas dúvidas e aceitas as sugestões propostas. Em duas sessões para apresentação dos resultados obtidos no projeto em conjunto para o gestor e comunidade.

Em relação à **qualificação da prática clínica** a capacitação de toda equipe foi realizada na primeira, segunda, sexta e nona semana do andamento do projeto de intervenção através de realização de palestras e troca de experiências, tendo como responsável o médico geral da ESF Tainhas, com duração de uma hora na sala de acolhimento da ESF. Os temas a tratar foram os relacionados ao uso eficiente e

correto dos protocolos utilizados na ação programática: preenchimento da planilha de coleta de dados, aferição dos sinais vitais, segundo o sétimo reporte da OMS, realização de exame clínico, solicitação de exames complementares segundo o protocolo utilizado da ESF, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, periodicidade das consultas, realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, assim como da importância do registro desta avaliação. Também foram abordados temas como práticas de alimentação saudável, higiene bucal, metodologias de educação em saúde, promoção da prática de atividade física regular e tratamento de usuários tabagistas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas na realização do projeto foram realizadas desde o controle dos usuários hipertensos e diabéticos até a realização da capacitação e a realização das ações de promoção e prevenção onde foi usada a rádio em três ocasiões.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação a usar a planilha para cadastramento das pessoas atendidas, ninguém tinha conhecimento de como fazer antes do projeto, foi preciso conversas, palestras e capacitação do pessoal envolvido sobre sua importância e como preenchê-la corretamente. No decorrer do Projeto os dados que alimentavam o SIAB foram direcionados para o E-SUS. A Enfermeira é a responsável pelo registro e monitoramento de todos os dados fornecidos pelas Agentes Comunitários de Saúde, Técnica de enfermagem, Odontólogo e Médico.

Por questões de éticas e seguindo as normas, não posteí, mas fotos porque os usuários ficaram em desacordo com elas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A pesar das dificuldades que enfrentamos, falta de cota para exames laboratoriais, baixas temperaturas e chuvas muito fortes, não nos deixamos desanimar, isso refletiu de forma positiva na parte mais interessada, o usuário, que recebendo estímulo permanente, orientações, gerou um vínculo com a equipe e o Projeto, seguindo a regra o que lhe foi indicado.

As ações previstas durante esse período no projeto já estão incorporadas à rotina do serviço, funcionando de forma adequada com envolvimento de toda a equipe da ESF Tainhas, com boa disposição para as mesmas e atitude muito positiva, com melhoria do funcionamento da equipe e atendimento de qualidade aos usuários, conseguimos que outros profissionais como nutricionista, odontologista e preparador físico ficaram envolvidos em esta importante tarefa, além de ter o apoio do gestor do município com ajuda incondicional para o cumprimento do projeto do qual gosto muito.

Trabalhou-se com afinco, seguindo o programado no Projeto e obviamente realizando algumas adequações quando necessário. Os profissionais que atuaram nesse trabalho irão manter as propostas desenvolvidas após o término de Projeto, pois elas devem fazer parte da rotina da ESF Tainhas e do dia-a-dia dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Uma ação de grande importância no programa é o cadastro de usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus para o controle destas doenças (**Monitoramento e avaliação**), devendo ser incorporado no cotidiano do serviço, já que garante uma melhor atenção e acompanhamento aos mesmos.

De igual forma a avaliação dos usuários, exames de rotina de acordo com o protocolo ou com a necessidade de cada usuário e avaliação clínica incluindo a estratificação de risco cardiovascular deve ser mantida em cada consulta, pelo qual deve ter continuidade capacitações e/ou reuniões de equipe para proporcionar treinamento específico de todos os integrantes da equipe. (**Qualificação da prática clínica**), com o objetivo de reforçar o compromisso e as atribuições tanto da equipe, quanto de cada um dos profissionais que atuam na ESF Tainhas.

O grupo de usuários com hipertensão e diabetes, Coração que foi criado deve ter continuidade na rotina de trabalho na ESF, programando e supervisionando atividades mensais. As agentes comunitárias de saúde com o resto da equipe

devem manter as atividades de promoção de saúde e prevenção com a comunidade, **(Engajamento Público)**, uma das mais importantes, as rodas de conversa, palestras e bate papo durante a espera do início do acolhimento, na própria sala de espera da ESF, fica um desafio para nossa equipe captar ainda mais usuários com hipertensão e diabetes para dar melhor atendimento e manter um registro atualizado dessas atividades.

A Secretaria de Saúde (**Organização e gestão do serviço**) deverá continuar prestando o suporte necessário, para continuidade na realização do trabalho. Mantendo um maior número de cotas para exames laboratoriais e material de apoio como folders educativos com temas em relação à diabetes mellitus e hipertensão arterial. A parte burocrática continuará com agendamento de consultas, atualização do dos prontuários individual para manter-se a cargo da Enfermeira, atualizando mensalmente os dados do E-SUS e revisando a agenda de consultas periodicamente.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Durante os meses de setembro a dezembro de 2015 foi realizada uma intervenção na comunidade de São Francisco de Paula, Rio Grande do Sul. O tema escolhido foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). A equipe em que trabalho fica na zonal rural, engloba em sua área de abrangência, as localidades de Contendas, Cornetas, Aratinga e Várzea do Cedro. Fica distante 38 km da sede do município. A população adstrita é de aproximadamente 868 habitantes, a maior parte com renda econômica baixa, muito são beneficiados com o Programa Bolsa Família.

A equipe é composta por um Médico clínico geral, uma Enfermeira, dois Técnicos de Enfermagem, três Agentes Comunitários de Saúde e um Odontólogo. A equipe manteve-se com os mesmos integrantes do início até o fim da intervenção. A intervenção tratou-se da melhoria da atenção à pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus. Ao iniciar a intervenção a área adstrita tinha uma população média de 95 usuários hipertensos e 21 usuários diabéticos cadastrados no programa. Temos que sinalar que ainda o mapeamento não está concluída e trabalhamos pela estimativa do Caderno de Ações Programáticas, que para atingir a meta de 100% precisa se cadastrar 194 usuários com HAS e 55 usuários com DM. No entanto, a população alvo que participou da intervenção e fez acompanhamento no CS foi de 178 usuários hipertensos e 48 usuários diabéticos, o que totalizou uma

cobertura de 91,8 % e 87,3 %, respectivamente. Alcançando ao final da intervenção uma cobertura que supera a meta estabelecida inicialmente, que foi de 80%.

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

Meta 1.1: Cadastrar 80% das pessoas com hipertensão na área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Meta 1.2: Cadastrar 80% de pessoas com diabetes na área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

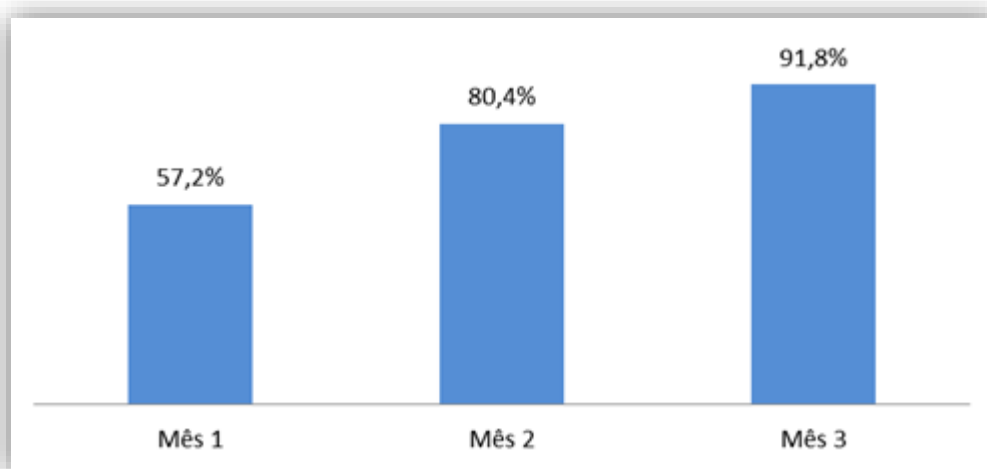


Figura 6. Gráfico indicativo da Proporção de adultos hipertensos moradores no território e cadastrados no programa.

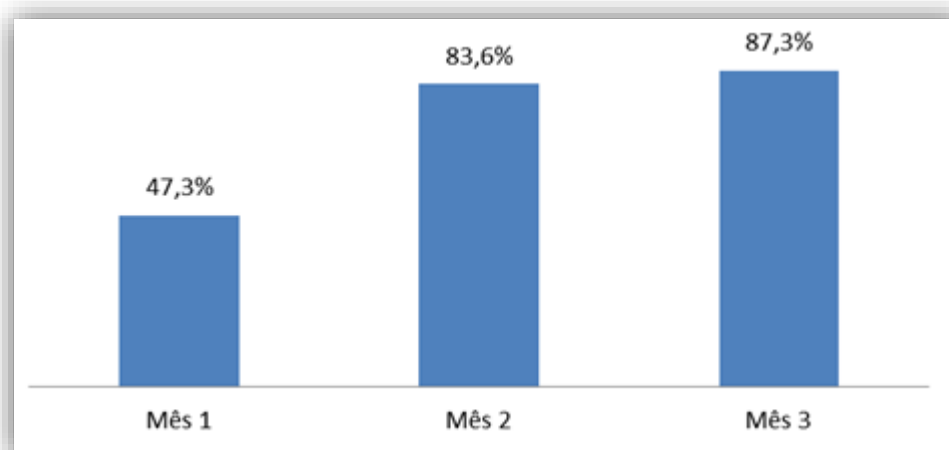


Figura 7. Gráfico indicativo da Proporção de adultos diabéticos moradores no território e cadastrados no programa

No primeiro mês da Intervenção, atendemos 111 pessoas com HAS, 57,2% e 26 pessoas com DM, 47,3%. No segundo mês esse percentual se estendeu para 156 pessoas com HAS, 80,4 % e 46 pessoas com DM, 83,6%. No último mês alcançamos

178 pessoas com HAS, 91,8 % e 48 pessoas com DM, 87,3% de cobertura da área de abrangente, superando assim as metas estabelecidas.

Como pode ser observado, conseguimos ultrapassar as metas pactuadas para pessoas com HAS e DM. Isso foi possível devido ao bom trabalho desenvolvido pela equipe, principalmente pela atuação dos ACS na mobilização e contribuição com o cadastramento das pessoas que já tinham diagnóstico de HAS e DM e das que ainda não tinham. Além disso, aumentamos o número de visitas domiciliares procurando pessoas com dificuldades em ir até a unidade de saúde e assim pode assisti-los em domicílio. Também trabalhamos com agendamento prévio dos atendimentos já que atendimento Não conseguiu 100% nesta etapa, porque ainda não tínhamos completado o mapeamento da área de abrangência e os dados foram preenchidos pela estimativa do CAP os quais são certos. Daqui para frente continuaremos trabalhando até fazer 100% dos usuários cadastrados.

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

Meta: 2.1- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Todas as 178 pessoas com hipertensão e 48 com diabetes, que fizeram consulta clínica, tiveram exame clínico realizado desde o 1º mês de intervenção, conforme protocolo o que representa 100% de cobertura para esse indicador. O que facilitou nesse resultado foi à reorganização da agenda, com disponibilidade de tempo para seguir todos os passos da consulta clínica, conforme preconiza o protocolo, o que qualificou o atendimento.

Conseguimos chegar a estes resultados devido à reorganização da agenda, com disponibilidade de tempo para seguir todos os passos da consulta clínica, conforme preconiza o protocolo, o que qualificou o atendimento. Expandimos as vagas nas consultas clínicas, aumentamos as visitas domiciliares e o convite dos agentes comunitários de saúde aos usuários para participarem das atividades educativas onde se explicava a importância dos exames. Insistimos na importância de serem feitos os exames conforme a frequência descrita pelo programa. Como já foi falado antes, foi feita capacitação da equipe, muito necessária antes da intervenção e durante, segundo o cronograma. Os atendimentos antes da implantação do programa foram por demanda espontânea com sobrecarga para a enfermeira e o médico, logo foi mudando para consultas agendadas, primeiro para os usuários alvos do projeto de

intervenção e logo para outros atendimentos, em especial os odontológicos. Os exames laboratoriais foram indicados segundo critério médico e insistimos para sua realização pela parte dos usuários.

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

Meta: 2.2- Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos para a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Nesses indicadores atingimos 100% de cobertura nos 3 meses da intervenção para a população com HAS e DM de acordo com o protocolo, ou seja, os 178 usuários hipertensos e os 48 usuários diabéticos tiveram exames complementares solicitados. O que facilitou para o bom resultado foi a disponibilidade do aumento de cotas para o SUS nos exames não disponibilizados no ESF Tainha e a agilidade da gestão no agendamento, além do monitoramento dos ACS em relação à realização dos exames.

O que dificultou foi a grande demanda, que gerou certa demora no retorno levando até dois meses para sair os resultados. Os exames eram realizados em apenas um laboratório (MACAM) e a eficiência não era grande situação que foi discutida com o Secretário da Saúde do município e revertida ao final, com a ajuda e gestão do gestor, já que foi feito um convenio com outro laboratório (BIO) e foram programadas medidas para dar prioridade aos usuários das áreas distantes em estudo.

As ACS nas comunidades faziam a entrega das indicações dos exames complementares aos usuários pessoas com HAS e DM e estes eram agendados e realizados em dois laboratórios do município com prévio comunicado e autorização da Secretaria de Saúde. Dessa forma, quando as pessoas chegavam às consultas já chegavam com os exames em dia e em mãos onde era lembrado a eles pelas ACS a levarem os exames até a unidade. Assim, o apoio da Secretaria de Saúde do município e dos ACS foi fundamental para garantir a totalidade dos usuários pessoas com HAS e DM com a realização de exames complementares em dia.

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

Meta: 2.3- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

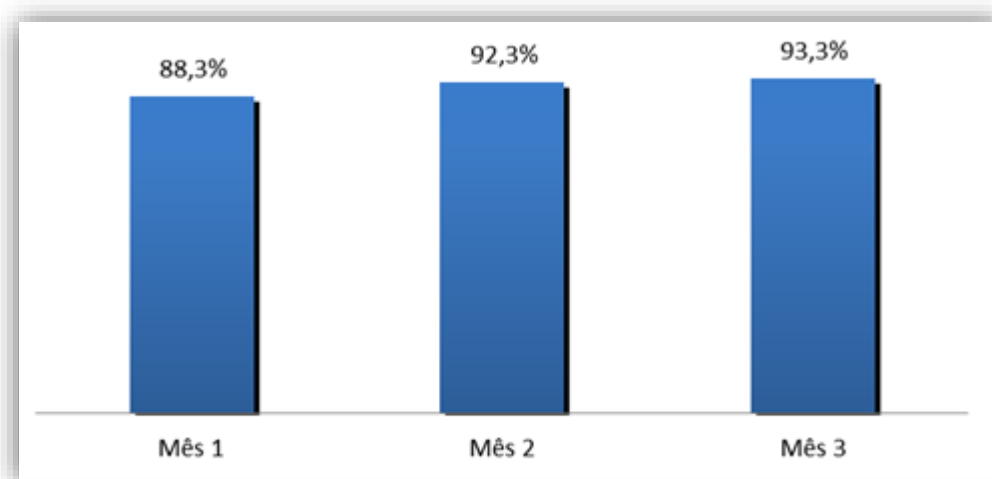


Figura 8. Gráfico indicativo da Proporção de adultos hipertensos moradores no território e com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular

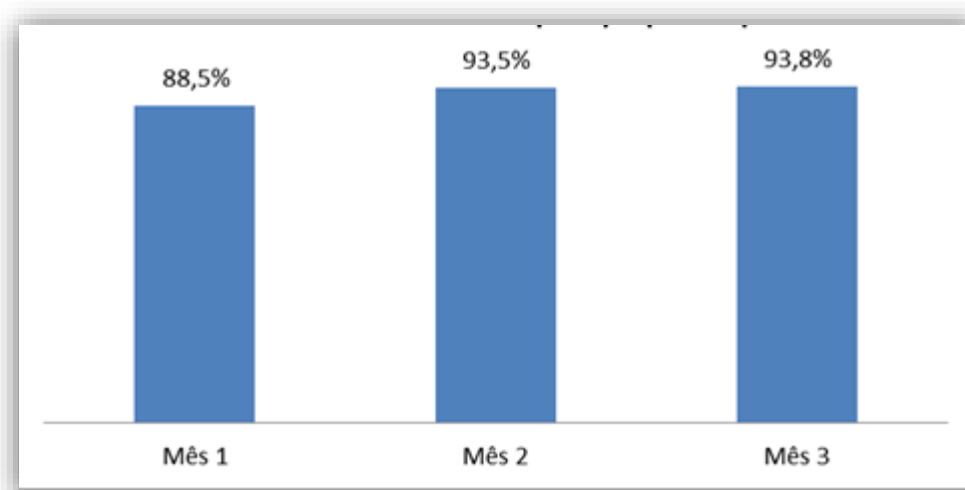


Figura 9. Gráfico indicativo da Proporção de adultos diabéticos moradores no território e com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Para os usuários hipertensos e/ou diabéticos, foram priorizados os medicamentos que constituem a FPB. Avaliando os indicadores e resultados obtidos segundo a prescrição de medicamentos da farmácia popular. No primeiro mês utilizaram 98 pessoas com HAS, 88,3 % e 23 pessoas com DM, 88,5%. No segundo mês esse percentual se estendeu para 144 pessoas com HAS, 92,3% e 43 pessoas com DM, 93,5%. No último mês alcançamos 166 pessoas com HAS, 93,3 e 45 pessoas com DM, 93,8%, utilizavam os medicamentos prescritos que constituem a lista de fármacos disponibilizados pela FPB. Esta meta foi inferior ao estimado. No princípio do Projeto, houve a resistência por parte de alguns usuários sobre a troca de

medicação, pois anteriormente consultavam com médico particular, que obviamente não prescrevia tais medicações. No decorrer da Intervenção os indicadores progrediram conforme mostram as figuras.

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

Meta: 2.4 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Todas as 178 pessoas com hipertensão e 48 com diabetes, que fizeram consulta clínica, tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico desde o 1º mês de intervenção, conforme protocolo o que representa 100% de cobertura para esse indicador.

Antes da intervenção muitos dos usuários não acudiram por sua conta a agendar consultas com o odontologista, após o trabalho em equipe conseguiu-se que eles foram avaliados, encontrando as doenças seguintes sepse orais pelas caries e necessidade de fazer próteses parciais e dentaduras nos usuários mais idosos. Todos os que precisaram tratamento especializado foram encaminhados para oferecer solução definitiva aos problemas encontrados. O odontólogo aumento o numero de atendimentos na ESF por semana cumprimentando uma carga horaria maior, além da estratégia de agendar-nos outros postos de saúde consultas para os usuários com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial.

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

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

Os resultados referentes à proporção de pessoas com HAS e com diabetes faltosos às consultas com busca ativa também foram constantes, mantendo-se em 100% deste indicador em todos os meses. Conseguimos alcançar o resultado com uma meta de 100%, devido à reorganização da equipe em conjunto, já que as buscas ativas das pessoas faltosas eram feitas durante visitas domiciliares valorando aqueles com boas condições físicas eram agendados na ESF Tainhas com prévia coordenação da enfermeira responsável da unidade, aqueles que apresentavam problemas de locomoção ficavam para a realização de consultas medicas domiciliares que eram feitas nas visitas da equipe a sua comunidade. Fazíamos revisão constante dos registros para verificar aqueles usuários faltosos.

Objetivo 4- Melhorar o registro das informações.

Meta: 4.1- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

O quarto objetivo do Projeto de Intervenção, foi melhorar o registro de informações dos usuários cadastrados no Programa, para isso mantínhamos uma rotina de preenchimento da ficha de acompanhamento (planilha de coleta de dados, ficha espelho e prontuário clínico). Nesses indicadores 178 usuários hipertensos e os 48 usuários diabéticos que fizeram consulta foram registrada na ficha de acompanhamento. Conseguimos alcançar a meta estipulada de usuários registrados de forma adequada na ficha de acompanhamento totalizando 100% de registros. Isso só foi possível com a capacitação constante das agentes comunitárias de saúde sobre o correto preenchimento dos dados e revisão sistemática da mesma. Dessa forma, acreditamos que uma vez que a intervenção já se encontra incorporada na rotina de trabalho, em breve atingiremos a totalidade de usuários pessoas com HAS e DM da área registrados com acompanhados na unidade de saúde.

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

Meta: 5.1- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

O quinto objetivo da Intervenção, foi mapear pessoas com HAS e DM de risco para doença cardiovascular; a meta inicial seria realizar estratificação desse risco para 100% das pessoas da área adstrita.

Todas as 178 pessoas com hipertensão e 48 com diabetes, que fizeram consulta clínica, tiveram realizada a estratificação de risco cardiovascular que abrangeu aos usuários que passaram por consulta clinica sendo classificado segundo Escore de Risco de Framingham em categorias: baixa, moderada e alta. Ao finalizar a intervenção 121 usuários apresentaram escore inferior a10% (risco baixo), foram encaminhados a agendar consultas para seguimento de 6 em 6 meses apos finalizado o estudo. Em risco intermédio (score entre 10-20%) 52 usuários e encaminhados para avaliação após estudo de 3 em 3 meses. E em risco alto 5 usuários com hipertensão arterial, (score superior a 20%) que irão a receber seguimento mensal e encaminhamos para avaliação pelo cardiologista.

Conseguimos alcançar o resultado com uma meta de 100% em todas as pessoas com hipertensão e também com diabetes foi possível realizar estratificação do risco cardiovascular de acordo a escala de Framingham. A avaliação foi feita pelo médico com ajuda dos exames clínicos e laboratoriais, classificando aquelas pessoas com maior risco e ofereceu-lhes um atendimento diferenciado, orientando as pessoas sobre a necessidade de modificação de hábitos de vida mais saudáveis.

Objetivo 6 - Promover a saúde de pessoas com HAS e DM.

Meta: 6.1- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Nosso sexto objetivo foi de promover saúde às pessoas com HAS e DM. Em conjunto com os demais profissionais que atuaram no Projeto, foram propostas metas como garantir a 100% desses usuários orientações quanto à alimentação saudável.

Receberam essas orientações 178 usuários com hipertensão e 48 usuários com diabetes. Como observamos conseguimos alcançar o 100% da meta estipulada, já que todas as pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus receberam orientações quanto à alimentação saudável e foram passadas em cada consulta médica, de enfermagem e encontros com a nutricionista em cada atividade do grupo de apoio ou em cada visita domiciliar.

As práticas coletivas organizadas pela equipe da ESF foram às ações que melhor contribuíram para alcançar o resultado obtido. Tais práticas irão ser inclusas na rotina da unidade, contribuindo dessa forma com o principal objetivo da Atenção Primária em Saúde, que é o de promover o não adoecimento da população.

Objetivo 6 - Promover a saúde de pessoas com HAS e DM.

Meta: 6.2- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabéticos.

Garantimos que 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes receberam orientação em relação à prática regular de atividade física nos três meses da intervenção. Houve uma tendência constante ao longo dos três meses de intervenção mantendo-se sempre em 100%. Ou seja, os 178 usuários hipertensos e os 48 usuários diabéticos receberam orientação em relação à prática regular de atividade física.

As orientações sobre a prática de atividade física foram passadas em cada consulta médica, de enfermagem, cada atividade do grupo de Hipertensão ou em cada visita domiciliar pelo médico, pela enfermeira, pelo orientador físico e pelas agentes de saúde conseguindo alcançar 100% dos usuários. Nessas atividades eram abordados os benefícios do exercício físico, benefícios de caminhadas diárias para o controle destas doenças e a prevenção das complicações ficando a maior atenção na população nos exercícios mais apropriados de acordo à idade e doença. Como mostram as figuras 19 e 20.

Objetivo 6 - Promover a saúde de pessoas com HAS e DM.

Meta: 6.3- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabéticos.

Todas as 178 pessoas com hipertensão e 48 com diabetes, receberam orientação sobre os riscos do tabagismo nos três meses de intervenção para um 100% deste indicador. Foram realizadas atividades educativas em equipe para mostrar os riscos para a saúde de consumir tabaco aos 100% dos usuários alvos da intervenção. Essas atividades foram realizadas na sala de espera da ESF Tainhas e nos encontros com o grupo de apoio Coração em locais fornecidos pela comunidade. As pessoas com HAS e DM cadastrados e acompanhados na unidade receberam orientação sobre os riscos do tabagismo também nas consultas médicas e nas visitas em domicílio.

Objetivo 6 - Promover a saúde de pessoas com HAS e DM.

Meta: 6.4- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabéticos.

Com relação à orientação sobre higiene bucal receberam essas orientações 178 usuários com hipertensão e 48 usuários diabéticos alcançando 100% desta meta. As orientações foram oferecidas pelo odontologista e em múltiplas vezes pela enfermeira em ações coletivas. Esta meta foi alcançada num 100% ao final da intervenção, já que todos os usuários além de receberem avaliação odontológica em cada consulta ou visita em domicílio pelo odontólogo da unidade, também recebiam orientação sobre higiene bucal de toda a equipe de saúde e nos grupos de educação em saúde.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na Estratégia de Saúde da Família Tainhas do Município São Francisco de Paula /RS permitiu melhorar os atendimentos dos usuários com HAS e DM da área de abrangência da unidade num início foi feito o mapeamento e ate o final da intervenção se logrou cadastrar um total de 226 usuários, temos que sinalar que ainda o mapeamento não esta concluída e trabalhamos pela estimativa do Caderno de Ações Programáticas, que para atingir a meta de 100% precisa se cadastrar 194 usuários com HAS e 55 usuários com DM. Entre usuários diabéticos e hipertensos foram 226 cadastros usuários: 178 (91,8%) de pessoas com HAS residentes na área de abrangência da unidade, e 48 (87,3%) de pessoas com DM. Muitas delas não conheciam que eram portadores destas doenças realizando um acompanhamento periódico e contínuo de todos eles, melhorando sua qualidade de vida e evitando as complicações principais e mais frequentes destas doenças crônicas. Após 12 semanas de intervenção podemos verificar resultados muito significativos na qualificação da ação programática.

Avaliando os indicadores e resultados obtidos segundo a prescrição de medicamentos da farmácia popular dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na unidade de saúde, Ao finalizar a intervenção 166 (93,3%) de usuários com hipertensão arterial e 45 (93,8%) de usuários portadores de diabetes mellitus, utilizavam os medicamentos prescritos que constituem a lista de fármacos disponibilizados pela FPB.

Conseguimos alcançar que 100% dos usuários alvos do projeto fossem avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, fizemos a busca ativa dos 100% dos faltosos a consultas programadas em visitas domiciliares, alcançamos o 100% do registro das informações a traves da coleta de dados e fichas espelhos, atualizando os dados disponíveis na ESF e atualização de todos os prontuários individuais. Garantimos a realização de estratificação de risco cardiovascular em todos os usuários cadastrados e acompanhados, logramos criar e dar atendimento ao grupo de apoio Coração realizando atividades de promoção de saúde por meio de orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física e os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com HAS e DM.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes.



Figura 10 - Reunião e Capacitação da equipe na ESF.

A capacitação da equipe foi o elemento chave para a busca permanente de comunicação e trocas de experiências e conhecimentos entre seus integrantes além de melhorar o desempenho individual de cada um também permitiu uma integração e união entre a equipe de trabalho.

Os profissionais receberam capacitação conforme a sua área de atuação e passaram a discutir os melhores métodos para ampliar os atendimentos e melhorar a qualidade da atenção e tratamento dos usuários de forma conjunta.

Esse conhecimento adquirido serviu para a melhor distribuição de tarefas na ESF, cada servidor ou colaborador, sabia com antecedência o papel que iria desempenhar e como fazê-lo, não sobrecarregando os demais como anteriormente acontecia da solução do problema centralizar-se somente no Médico.

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico e as orientações fornecidas, foram de vital importância aos usuários, agilizando o agendamento a consulta com o Odontólogo que também agendo consultas em outras UBS onde oferecia atendimentos e aumento a carga horaria na ESF Tainhas, evitando assim complicações futuras. Essa forma de proceder foi inovadora na ESF e muito bem aceita pelos usuários portadores desses agravos.

Os planejamentos das práticas coletivas ficaram a cargo da equipe de enfermagem que na atualidade por estratégia do município não faz consultas, fato que acreditamos não é bom para a enfermagem, médico e também não para a comunidade, já que a enfermeira está capacitada para fazer atendimentos clínicos, pode reverter nos atendimentos sequenciais, constituindo uma ajuda nos momentos que o médico não está na ESF seja em capacitações, férias, etc. Deste jeito se aproveita melhor o potencial da enfermeira e, principalmente não deixa a comunidade sem atendimento. Esta ação tão importante da enfermeira se encontra na legislação nacional a qual deve ser cumprida pelo município, ação que se deve discutir com o gestor para ter mais avanços neste sentido. Outras atividades a desenvolver são o acolhimento, triagem e monitoramento da agenda, viabilizando o melhor acesso às consultas, otimizando os serviços prestados aos usuários conforme a demanda espontânea.

A capacitação dos ACS permitiu que eles conhecessem mais a fundo sua comunidade e pudessem identificar mais facilmente as pessoas com maior risco para complicações. Aos ACS, ficou a atribuição do mapeamento na área de abrangência e cadastramento dos usuários, assim como orientar para as atividades em grupo durante as visitas nos domicílios e na comunidade em geral.

A ficha espelho possibilitou um melhor controle e monitoramento das pessoas com hipertensão e com diabetes na unidade facilitando o trabalho da equipe e melhorando a qualidade de atendimento dos mesmos, sobretudo quanto à estratificação de risco cardiovascular, atendimento clínico, exames complementares periódicos, tratamento farmacológico e seguimento adequado de cada paciente.

A planilha de coleta de dados permitiu conhecer a quantidade de pessoas com hipertensão e com diabetes que temos em nossa unidade, sua distribuição por grupos etários, se tem ou não necessidade de tratamento farmacológico e as atividades desenvolvidas com eles, além de garantir o registro e acompanhamento das pessoas.

Para a execução das ações se definiu a função de cada membro da equipe começando pelo acolhimento que era feito na recepção pela técnica de enfermagem determinando sua condição de hipertenso e diabético e preenchendo no prontuário, após o paciente era encaminhado para realizar triagem pela enfermeira onde se fazia a tomada de pressão, peso do paciente, frequência cardíaca e respiratória, temperatura e glicemia capilar. Logo se encaminhava para consulta médica onde se realizava o exame médico geral, indicação de exames, caso necessário, estratificação

de risco cardiovascular, busca de lesões a órgãos alvos. Além disso, eram dadas orientações gerais sobre dieta saudável, realização de atividades físicas, importância de um seguimento adequado, entre outras. Depois da consulta médica o paciente era encaminhado para o dentista para realizar avaliação odontológica e terminava o atendimento com a enfermeira que deixava a próxima consulta agendada.

Dessa forma, a intervenção gerou benefícios para o serviço que ficou mais organizado e para os profissionais que com seus papéis estabelecidos dentro da intervenção buscavam dar uma atenção mais qualificada na sua função sem deixar de ajudar uns aos outros de forma multiprofissional.

Antes da intervenção, tinham muita desorganização nas funções, não tinham médico fixo estabelecido e também não enfermeira, era UBS sem protocolos impressos, As consultas foram feitas de 15 em 15 dias por médicos diferentes. Após da chegada do programa mais médico, conformou-se a equipe com a implantação da ESF.

Cabe destacar que a intervenção acabou tendo impacto também em outras ações programáticas como, por exemplo, com os idosos, já que muitos deles são pessoas com diabetes mellitus e hipertensão artéria. Dessa forma, os idosos eram orientados quanto aos cuidados em relação a hábitos alimentares saudáveis, importância do exercício físico regular, vacinação e efeitos prejudiciais do álcool e fumo. A partir de agora vamos a começar a organizar o foco de saúde das pessoas idosas que tem outras ações programáticas além das relacionadas com a HAS e DM.

O desenvolvimento da intervenção propiciou importantes melhorias para o serviço diário na unidade já que antes as atividades de atenção eram centradas na enfermeira ou no médico do grupo e agora toda a equipe participa de forma harmônica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas e alcançando todas as comunidades da área da abrangência da unidade incluindo as mais distantes, o que provocou muito entusiasmo na população.

No que se referente à comunidade, o impacto da intervenção foi bem recebido, os usuários cadastrados demonstram muita satisfação com a qualidade e sistematização do atendimento destinado a eles e participaram em número expressivo das reuniões e palestras. Em relação com os usuários cadastrados nas consultas médicas percebeu-se importantes mudanças relacionadas com seus estilos de vida, em especial quanto à alimentação, prática de atividades físicas, diminuição do

tabagismo e do consumo de álcool, além de realizar um tratamento farmacológico adequado, o que demonstra que a população captou as orientações passadas nas consultas, grupos, atividades de educação em saúde. E de ressaltar que as pessoas não portadoras de nenhum desses agravos, mostravam-se interessadas pelo tema, incorporando práticas saudáveis no seu dia a dia a fim de evitar o adoecimento e ter uma melhor qualidade de vida.

Se tivéssemos que iniciar o Projeto de Intervenção nesse momento, solicitaria junto ao gestor da pasta, a digitalização da ESF, para melhorar e organizar ainda mais os registros de forma que ao procurar informações dos usuários e a comunidade os dados estiveram atualizados e organizados para maior facilidade na busca destes. Também seria providencial a ampliação da equipe com número maior dos ACS, para melhor cobertura da área de abrangência e um atendimento de qualidade na ESF além de aumentar as visitas domiciliares e atendimentos das comunidades mais distantes de uma para duas vezes por semana por acreditar que nestas comunidades podem diagnosticar-se casos novos de usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus e dar atendimento mais seguido aos já diagnosticados e que precisam.

A intervenção já está incorporada à rotina do serviço e vai continuar em andamento. Para realizar isto vamos manter o cadastro e atendimento dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus até alcançar 100% dos portadores destas doenças na área de abrangência.

Vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização de atenção aos usuários com doenças antes mencionadas, em especial, aqueles de alto risco e continuaremos com as consultas programadas e demanda espontânea para não afetar os atendimentos as demais ações programáticas.

A partir do próximo mês a Secretaria de Saúde estará em processo para a admissão de novos funcionários concursados e a implantação de projetos os quais trarão benefícios à comunidade. Quando tivermos disponíveis ACS para o resto da área de abrangência pretendemos ampliar a cobertura as zonas mais distantes e manter a qualidade no atendimento aos usuários com diabetes mellitus e hipertensão arterial. Tomando este projeto como exemplo pretendesse implantar o programa de saúde do idoso.

O Projeto de Intervenção trouxe melhoras significativas nos serviços prestados dentro e fora da ESF Tainhas aos usuários com HAS e DM. Esperamos que

os usuários, a comunidade e a equipe de forma ampla, apropriem-se dessa proposta e contribuam para sua continuidade e aperfeiçoamento.

4.2.1 Apresentações dos resultados para equipe

A apresentação para equipe aconteceu em 25 de janeiro às 15 horas. Estavam presentes toda a equipe. Foram apresentados os gráficos com os resultados e discutidos os detalhes do trabalho realizado. A aceitação foi muito boa por toda a equipe. Alguns comentários expressados durante a apresentação:



Figura 11 - Reunião para apresentação dos resultados para equipe.

Depoimentos da equipe:

Essa experiência foi muito boa, mais tivemos dificuldade para realizá-la, pois no início não tinha-se desconhecimento. **Fala: ACS 1.**

O projeto serviu para realizar o mapeamento e cadastro dos usuários diabéticos e hipertensos em tempo menor do previsto, assim como ter o dado certo da quantidade dos usuários. **Fala: ACS 2.**

Experiência muito boa e que poderá ser desenvolvida em outras ações programáticas como o caso dos idosos, crianças, puérperas e grávidas. **Fala: Técnico em enfermagem.**

Conseguimos realizar o agendamento e oferecer atendimentos de qualidade a todos os usuários envolvidos no projeto após capacitação que permitiu ganhar em conhecimentos neste aspeto. **Fala: Enfermeira.**

A comunidade obteve conhecimentos de hábitos de vida saudável e doenças a traves da criação dos grupos de apoio, fato nuca antes feito, experiência muito boa e enriquecedora. **Fala ACS 3.**

Os colegas comprometeram-se de agora para diante manter incorporada esta intervenção na rotina de trabalho para manter os resultados obtidos e de ser possível implantar outras ações parecidas para outros usuários como o caso dos idosos.

4.2.2 Apresentação dos resultados para comunidade

A apresentação dos resultados para a comunidade foi feita no dia 28 de Janeiro às 14 horas. Houve uma ampla participação da população adstrita a ESF Tainhas.



Figura 12 Apresentação dos resultados para a comunidade.

Todos ficaram gratos e contentos pelas melhoras alcançadas com a implantação deste projeto e todos os logros em especial com a rapidez da marcação dos exames e o novo contrato dos laboratórios que atualmente oferecem atendimento, também estiveram de acordo em estender essas ações a outros públicos, como

idosos, crianças e gravidas, já que foi uma experiência boa e que apporto muitos benefícios a todos os que participaram dela.

Comentários expressos:

Na verdade, agora os exames não têm demoras. **Fala: Usuário 1.**

Ficaria bom continuar as reuniões do grupo, aprendemos muito com a equipe.

Fala: Usuária 2.

A gente fica grata com as visitas domiciliares mais gostaria que sejam feitas com maior frequência aos idosos e acamados. **Fala: Usuária 3.**

Estou grata com o atendimento recebido, conseguimos ficha para as consultas, o medico conversa com a gente, escuta e examina com capricho, além de dar cita para a próxima consulta de seguimento. **Fala: Usuário 4.**

Gostei muito da conversa antes dos atendimentos, a gente aprende e aclara as duvidas. **Fala: Usuária 5.**

4.2.3 Apresentação dos resultados para gestores

A apresentação dos resultados para os gestores foi no dia 3 de fevereiro as 16 horas. Estavam presentes, Secretario de saúde, Medico Funcionária da secretaria, funcionaria da prefeitura e Enfermagem. Eles ficaram impressionados pelos resultados obtidos. Alguns comentários expressados no dia foram:



Figura 13: Apresentação dos resultados para os gestores.

Alguns recortes da fala do Secretario de saúde e da representante da prefeitura:

Estamos gratos com o trabalho de vocês, a nos chegam os comentários das pessoas da comunidade, falando sempre do que se estão fazendo por elas na USF.

Mantemos nosso compromisso de oferecer ajuda na parte material (material educativo para a comunidade, medicações, vagas para exames e encaminhamentos a outros especialistas) sempre que fora preciso em função do melhor atendimento a comunidade.

*Este projeto desenvolvido conseguiu melhorar o tempo para marcações de exames e ter conhecimento dos aspectos que estavam errados para dar solução aos mesmos. **Secretario de Saúde.***

*Gostaríamos que este trabalho tivesse continuidade na USF e em outros postos de saúde, além de relacioná-lo com outras instituições sociais e saibam que tem todo nosso apoio. **Funcionaria da prefeitura.***

A gestão comprometeu-se com a equipe de manter a ajuda em caso de precisar recursos materiais e humanos para o bom desenvolvimento do trabalho e melhor atendimento à população adstrita a USF Tainhas.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor de Saúde do município de São Francisco de Paula /RS:

Venho por meio deste relatório, mostrar os principais resultados da intervenção realizada na ESF Tainhas do município de São Francisco de Paula, proposta pelo Curso de Especialização em Saúde de Família do programa Mais Médico e desenvolvido pela Universidade Federal de Pelotas, através do Departamento de Medicina Social, na modalidade a distância, em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único e Saúde (UFPel/UMA-SUS), que teve como objetivo geral melhorar a atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus em usuários com vinte anos e mais da área da abrangência da ESF Tainha.

A escolha deste foco para intervenção a desenvolver no trabalho de curso é Hipertensão e Diabetes. Ambas são doenças muito frequentes, constituindo motivo de consultas e sérios problemas de saúde na ESF Tainhas. Estas doenças crônicas são responsáveis por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas que muitas vezes levam ao acamamento dos usuários e a morte.

O desenvolvimento da intervenção ocorreu nos meses de setembro a dezembro de 2015 conforme o planejado e apesar dos imprevistos e dificuldades encontradas, os resultados foram muito proveitosos sendo que o apoio da Secretaria de Saúde e da Prefeitura do município, assim como dos líderes das comunidades tiveram fundamental importância para atingirmos, ao final do projeto, ótimos resultados na melhoria da qualidade dos atendimentos aos usuários da unidade. A

adesão tanto dos funcionários da ESF, quanto dos usuários, mostrou a necessidade de um melhor atendimento nos serviços prestados a população alvo do Projeto.

A capacitação recebida pela equipe propiciou aos profissionais envolvidos no projeto a atuarem conforme preconiza o Ministério da Saúde e orienta o protocolo vigente na ESF, reorganizamos a agenda para aperfeiçoar os atendimentos, fizemos busca ativa de pacientes faltosos nas comunidades, desenvolvemos grupos e palestras com ações de promoção e prevenção da saúde abordando temas importantes como a importância de manter hábitos alimentares saudáveis, importância da prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal adequada. Contamos com o total apoio da Secretaria de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, lideranças comunitárias e demais órgãos e entidades ligados à área da saúde e assistência social.

Durante os três meses da Intervenção foram cadastrados e acompanhados 178 usuários hipertensos (91,8%) e 48 usuários diabéticos (87,3%) residentes em nossa área de abrangência conforme pode ser observado nas figuras 1 e 2.

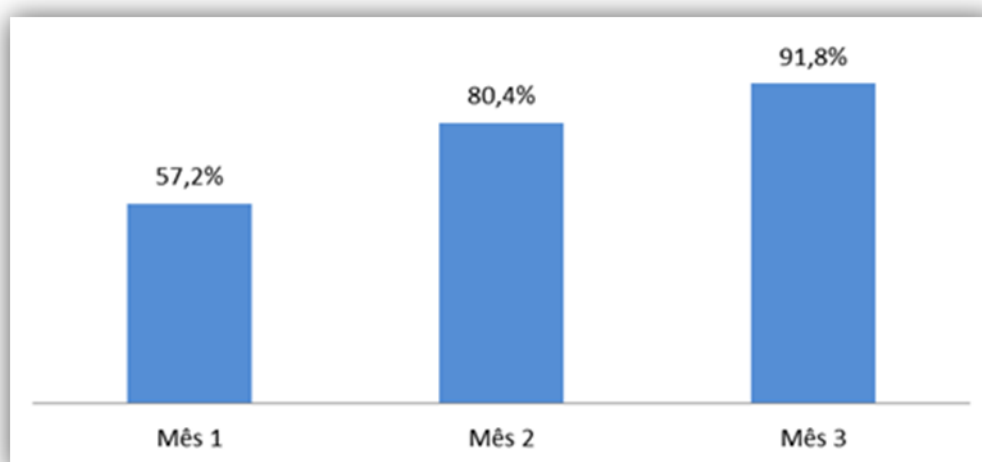


Figura 14. Gráfico indicativo da Proporção de adultos hipertensos moradores no território e cadastrados no Programa.

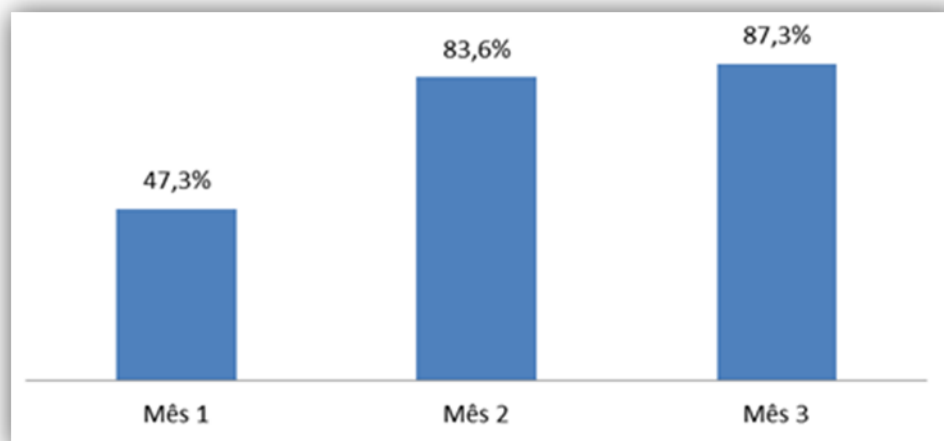


Figura 15. Gráfico indicativo da Proporção de adultos diabéticos moradores no território e cadastrados no programa

Conseguimos atualizar e qualificar os registros para acompanhamento da situação de saúde de cada usuário e atualmente, têm dados de monitoramento da situação de cada usuário com hipertensão e/ou diabetes acompanhado em nossa unidade de saúde. Finalizamos o terceiro mês de intervenção com 178 usuários hipertensos (91,8%) e 48 usuários diabéticos (87,3%) cadastrados e acompanhados, residentes em nossa área de abrangência. 100% destes usuários com exames clínicos e complementares em dia de acordo com o protocolo. Garantimos que 93,3% dos usuários hipertensos e 93,8% dos usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Todos os usuários também receberam orientações sobre alimentação saudável, sobre a importância da prática de atividade física, riscos do tabagismo e a importância da manutenção da higiene bucal a traves da criação do grupo de apoio Coração a usuários com hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Com a realização deste projeto garantimos um controle e seguimento adequado dos pacientes hipertensos e diabéticos da comunidade de Tainhas e dos quatro comunidades de sua área de abrangência garantindo a melhoria da qualidade de vida da população. Cadastramos muitos pacientes novos e trabalhamos na prevenção das complicações mais frequentes, mas ainda temos que continuar trabalhando para alcançar 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência para o qual temos toda a disposição da equipe e dos líderes comunitários e esperamos continuar contando com o apoio da Secretaria de Saúde e

Prefeitura do município. O apoio dos gestores locais é fundamental para alcançar estas metas e continuar melhorando a qualidade de vida da população.

Os resultados obtidos trouxeram para equipe, a certeza de que os serviços prestados durante o projeto devem ser incorporados na rotina da ESF Tainhas e nas comunidades de sua área de abrangência garantindo a melhoria da qualidade de vida da população. Mas ainda temos que continuar trabalhando para alcançar 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência para o qual temos toda a disposição da equipe e dos líderes comunitários.

A satisfação de quem trabalhou, ou daqueles que de uma forma ou outra foram beneficiados pelo mesmo, esperamos continuar contando com o apoio da Secretaria de Saúde e Prefeitura do município para lograr a permanência desses serviços na ESF Tainhas, O apoio dos gestores locais é fundamental para alcançar estas metas e continuar melhorando a qualidade de vida da população.

Muito obrigado!

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Querida Comunidade:

Há três meses eu, médico do Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB) juntamente com a equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família de Tainhas, do município São Francisco de Paula /RS, realizamos uma intervenção na área de abrangência, que compreende a comunidade de Tainhas, Contenda, Corneta, Aratinga e Várzea do Cedro com uma extensão aproximada de 15 km.

Essa intervenção foi realizada com o propósito de melhorar a atenção à saúde dos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, com 20 anos ou mais, residentes na área de abrangência da ESF. O trabalho foi desenvolvido durante a realização do curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UFPel/UMA-SUS), sendo que para o seu desenvolvimento contamos com o apoio da Secretaria de Saúde, da Prefeitura Municipal e dos líderes comunitários.

A escolha desse tema se deu, depois de constatar grandes problemas no controle do seguimento de usuários com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Além do aumento de usuários com essa doença, eles chegavam ao descontrole e as complicações. Essa desorganização era, em grande parte, pela baixa permanência do profissional médico na equipe, o que mudou com o PMMB.

Para realizar o trabalho foi elaborado cronograma de atividades e capacitação da equipe de saúde, principalmente em relação ao uso de protocolos de hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde. Os ACS trabalhava com os usuários de suas comunidades realizando visitas domiciliares na busca ativa para suas consultas e

ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, o que evita grave complicações cardiovasculares e cerebrais na população.

Conseguimos atualizar e melhorar os registros para acompanhamento da situação de saúde das pessoas. Finalizamos o terceiro mês de intervenção com 93,3% dos usuários com hipertensão e 93,8% dos usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular, logramos realizar 100% em relação à avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários alvos do estudo, melhoramos a adesão ao programa de hipertensão e diabetes, melhoramos o registro das informações e realizamos exame físico em todas as pessoas da intervenção.

Conseguimos realizar atividades de orientações sobre alimentação saudável, sobre a importância da prática de atividade física, riscos do tabagismo e a importância da manutenção da higiene bucal, isso através da criação do grupo de apoio Coração a usuários com hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus que contou com a participação ativa de todos vocês como comunidade permitindo que ganháramos espaço entre todos para orientar e ajudar a melhorar a atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus em usuários pertence à ESF Tainha. Fato mais importante, que permitiu realizar com sucesso nossa intervenção.

Nesse relatório, não gostaria de destacar somente os dados, mas minha gratidão e de toda a equipe, com a comunidade. Ela recebeu o Projeto com satisfação e apostou nele tanto quanto nós. Considerando os ótimos resultados, como os desenvolvimentos das ações de melhoria da qualidade do atendimento vão dar continuidade ao programa e continuar buscando cadastrar e acompanhar 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Para que isso seja possível, esperamos poder contar com a colaboração de todos vocês.

Nosso próximo passo estender as atividades do programa de atendimento aos portadores hipertensão e diabetes, para outras populações como, por exemplo, para a saúde dos idosos com o objetivo de melhorar cada vez mais a qualidade de vida da população de nossa área de abrangência.

A ESF Tainhas e os seus servidores, estão à disposição da comunidade para suprir suas necessidades em saúde.

Obrigado a toda a comunidade

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Eu cheguei ao curso um pouco atrasado em relação a minha turma a consequência de uma doença que dificulto o rápido desenvolvimento das tarefas, e por isso no início eu tive muitas dificuldades. No entanto eu recebi muito apoio dos orientadores e a equipe de trabalho da ESF que foi solucionando todos os problemas, até conseguirmos chegar à realização da intervenção na unidade 3 do curso, o que foi um grande desafio.

Este curso foi uma experiência nova, boa e muito interessante em minha trajetória como profissional. Foi a primeira vez que participei de um curso de especialização à distância, fora de Cuba. Estudei novos protocolos, em outra língua e não foi tão fácil. Tive que estudar muito, o que ajudou muito em minha superação para adquirir novos conhecimentos importantes para o desenvolvimento de uma prática medica de maior qualidade, o que não deixa de ser educação permanente, e, em certo sentido propiciar educação em saúde para população, que precisa de nosso trabalho. Definitivamente aprendi novos modelos de atendimento com visão científica na abordagem dos problemas de saúde. Hoje sinto-me, como médico responsável pela saúde do individuo, não só oferecendo atendimento, mas como parte de um todo, envolvido com a família e comunidade.

O que aprendia, consegui aplicar no dia a dia e melhorar o atendimento, a resolutividade dos problemas, o que melhorou o fluxo ao hospital e unidade emergencial. Só saiam da ESF casos que realmente precisava, assim tenho certeza que contribuímos para que o tempo de atendimento, nestas unidades, fosse menor.

Com o curso a equipe passou a trabalhar de forma mais integrada, com um atendimento mais integral. Os agentes de saúde passaram a conhecer muito melhor a população de suas comunidades. Os usuários com hipertensão e com diabetes tiveram um acompanhamento adequado e entenderam que mudar o estilo de vida é mais importante do que fazer uso de medicações.

Confesso que achei que não ia dar certo, que eu não iria conseguir me adequar, mas fiquei impressionado com os ótimos resultados alcançados, pelo apoio e entusiasmo da equipe de saúde e dos usuários alvos da intervenção. O que mais me impressionou foi a grande aceitação que tive da equipe de saúde com o projeto,

além do apoio da Secretaria de Saúde, da Prefeitura, dos dirigentes comunitários e de toda a população.

“Definitivamente aprendi novos modelos de atendimento com visão científica na abordagem dos problemas de saúde. Hoje sinto-me, como médico responsável pela saúde do indivíduo, não só oferecendo atendimento, mas como parte de um todo, envolvido com a família e comunidade”.

Tivemos bons resultados e conseguimos alcançar a captação de novos usuários e aumentar o conhecimento da população sobre estas doenças, seus fatores de risco e como evitar as principais complicações. Vamos continuar trabalhando para alcançar 100% do cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos da área com o propósito de continuar melhorando a qualidade de vida da população da área de abrangência da unidade e do município de São Francisco de Paula.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diabetes mellitus**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF>. Acesso em: 13 mar. 2014.

BRASIL. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde 2012.

DALLACOSTA, Fabiana Meneghetti; Dallacosta, Hotone. Nunes; Alessandra Daros. Perfil de Hipertensos Cadastrados no Programa Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde. **Unoesc & Ciência – ACBS**, Joaçaba, v. 1, n. 1, p. 45-52, 2015.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF diabetes atlas**, 6th edn. Brussels, Belgium. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetesatlas>>. Acesso em: 14 mar. 2014.

OLIVEIRA, Esmeran das Dores Santos de. Estado nutricional de hipertensos de uma estratégia de saúde da família do interior de Pernambuco, Brasil. Caruaru, **FAVIP**, 2011. 30 f: il.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Doenças não-transmissíveis - diabetes mellitus**. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=394:diabetes-mellitus&catid=901:bra-03-a-doencas-nao-transmissiveis&Itemid=539>. Acesso em: 14 mar. 2014.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira e Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Rio de Janeiro: Arq Bras Cardiol, v. 95, n. 1, supl.1, p. 1-51, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf> Acesso em: 17 de Abril, 2015.

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 D - cartazes

Hipertensão (Pressão alta)

A hipertensão arterial, chamada de “pressão alta”, ocorre quando a pressão do sangue aumenta dentro das artérias. Ela tem relação direta com a alimentação. Hábitos alimentares saudáveis podem prevenir as conseqüências da hipertensão, como o infarto e o derrame.



Dicas para melhorar sua qualidade de vida

- Reduza a ingestão de sal. Utilize temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, para substituí-lo no preparo das refeições.
- Não leve o saleiro para a mesa.
- Evite produtos industrializados com alto teor de sódio como molhos prontos e temperos prontos, sopas em pó, embutidos, conservas, enlatados, congelados, defumados e salgados de pacote. Observe o rótulo.
- Retire a gordura das carnes e a pele do frango.
- Alimentos pobres em sódio e ricos em potássio como feijões, ervilha, vegetais de cor verde-escuro, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate e laranja são recomendados para a alimentação diária dos portadores de hipertensão.
- Tente levar uma vida sem estresse.
- Se não houver impedimentos médicos, faça exercícios regulares, fuja da obesidade.
- Evite ou diminua o consumo de cigarros/fumo e de bebidas alcoólicas.

NUTRICIONISTAS: Lilian Alves e Daiane Gräter



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE
SÃO FRANCISCO DE PAULA - RS

Diabetes Mellitus (Açúcar no sangue)

É uma doença crônica caracterizada pela falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos no corpo. O portador pode viver normalmente e a alimentação adequada é uma das principais formas de controle da doença.



Dicas para melhorar sua qualidade de vida

- Organize os horários da sua alimentação (ideal a cada 3 horas) e beba bastante água.
- Evite o excesso de alimentos, principalmente daqueles que são fontes de carboidratos (arroz, farinhas, pães, bolachas, massas, etc). Prefira os integrais, pois possuem maior teor de fibras.
- Diminua o consumo de produtos industrializados.
- Pratique atividade física regularmente.
- Não use nenhum tipo de açúcar, mel ou melado.
- Tenha hábitos alimentares saudáveis e adequados às suas necessidades.
- Mantenha seu peso adequado.
- Evite ou diminua o consumo de cigarros/fumo e de bebidas alcoólicas.

NUTRICIONISTAS: Lilian Alves e Daiane Gräter



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE
SÃO FRANCISCO DE PAULA - RS

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante