

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na USF Dr. Chico Costa, Mossoró/RN**

Yohendris López Arcaya

Pelotas, 2015

Yohendris López Arcaya

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na USF Dr. Chico Costa, Mossoró/RN**

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

Orientador: Luciane Soares Seixas

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

A668m Arcaya, Yohendris López

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Dr. Chico Costa, Mossoró/RN / Yohendris López Arcaya; Luciane Soares Seixas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

110 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus por ser me dar forças e vontade de fazer o trabalho melhor.

À minha orientadora Luciane Soares Seixas, pela ajuda e apoio incondicional.

À minha família pelo apoio e compreensão.

À minha equipe de trabalho por o esforço na realização do trabalho.

À gestora municipal de saúde pela ajuda neste trabalho.

Aos nossos usuários pela colaboração.

Resumo

López, Yohendris Arcaya. **Melhoria da Atenção à Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes na USF Dr. Chico Costa, Mossoró/Rio Grande do Norte.** 2015.103f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se, freqüentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo e às alterações metabólicas. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. O Diabetes Mellitus (DM) é um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. Escolhemos este foco para intervenção porque são os principais problemas de saúde identificados em nossa unidade, são doenças que tem uma alta incidência e prevalência e muita demanda de usuários. A finalidade da ação programática da HAS e DM é fortalecer e qualificar a atenção às pessoas com essas doenças por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado. O objetivo geral foi melhorar a Atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes, na USF Dr. Chico Costa, Mossoró/RN. Foi desenvolvido no período de quatro meses na área da equipe da USF Dr. Chico Costa, participaram da intervenção todos os usuários com HAS e DM maiores de vinte anos ou mais residentes na área da unidade básica de saúde. As ações realizadas na intervenção foram baseadas nos Cadernos de Atenção Básica n. 36 e 37 e o protocolo do programa de HIPERDIA. O cadastro dos usuários com HAS e DM foi realizado em uma planilha de coleta de dados no momento da consulta. Ao final da intervenção, embora não foi atingida a meta estabelecida para cobertura, conseguiu-se alcançar boas metas, um total de 508 usuários (72.8%) com HAS e 174 com DM (68.5%) foram acompanhados, 310 usuários (61%) com HAS e 114 usuários com DM (65.5%) estavam com os exames complementares em dia. A prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, estratificação de risco cardiovascular em dia, os indicadores propostos relacionados com exame clínico em dia, busca ativa dos faltosos, e educação para saúde, foram atingidas as metas 100% ou muito próximo disso. A intervenção foi importante para a comunidade, pois nossos usuários aprenderam a importância do cuidado, assim como características, complicações e prevenção da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Receberam avaliação integral médica e odontológica assim como realizaram os exames complementares. A intervenção fortaleceu o vínculo entre os membros da equipe e a comunidade. A USF teve uma organização mais detalhada dos diferentes arquivos de atendimento dos usuários, assim como maior qualidade do acolhimento e a organização da agenda para a atenção. A intervenção exigiu uma maior preparação para a equipe e aumentou a qualidade da atenção à saúde.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Distribuição da população da USF Dr. Chico Costa por faixa etária e sexo, 2014.	17
Figura 2	Reunião da equipe para capacitação no desenvolvimento das ações.....	75
Figura 3	Registro da aferição da pressão arterial e preenchimento dos impressos.....	77
Figura 4	Atividade educativa com grupo de usuários hipertensos e diabéticos.	77
Figura 5	Proporção de Hipertensos cadastrados no programa de atenção à pessoa com hipertensão e diabetes na USF Dr. Chico Costa, 2015.....	80
Figura 6	Proporção de diabéticos cadastrados no programa de atenção à pessoa hipertensa e/ou diabética na USF Dr. Chico Costa, 2015.....	81
Figura 7	Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia na USF Dr. Chico Costa, 2015.....	83
Figura 8	Proporção de Diabéticos com exames complementares em dia na USF Dr. Chico Costa, 2015.....	84
Figura 9	Proporção de Hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na USF Dr. Chico Costa, 2015.....	85
Figura 10	Proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na USF Dr. Chico Costa, 2015.....	86

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Educação à Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
HPV	Papiloma Vírus Humano
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio e Saúde Familiar
RN	Rio Grande do Norte
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
USF	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.	25
2.1 Justificativa.....	27
2.2 Objetivos e metas.....	29
2.2.1 Objetivo geral.....	29
2.2.2 Objetivos específicos e metas	29
Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.....	29
Meta 1.1: Cadastrar 80% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	29
Meta 1.2: Cadastrar 80% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	29
2.3 Metodologia.....	31
2.3.1 Detalhamento das ações	32
2.3.2 Indicadores	62
2.3.3 Logística.....	69
2.3.4 Cronograma	75
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	76
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	80
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	80
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	80
4.1 Resultados	81
4.2 Discussão.....	97
Referências	105

Apresentação

Este volume trata da descrição do Projeto de Intervenção intitulado “Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes na USF Dr. Chico Costa, em Mossoró/RN”. Trata-se de uma intervenção desenvolvida com o objetivo de melhorar atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes quanto à cobertura, a qualidade, a adesão, ao registro, a classificação do risco e a promoção da saúde utilizando como principal referência os protocolos do Ministério da Saúde instituído no Caderno de Atenção Básica Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão e no Caderno de Atenção Básica Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes, publicados no ano de 2013.

O volume está organizado em sete capítulos: O Capítulo 1 – Análise Situacional faz uma descrição do município, a estrutura e organização da rede de saúde local, assim como a estrutura da unidade básica de saúde onde aconteceu a intervenção, a organização do trabalho, as principais ações programáticas realizadas e os indicadores de cobertura e qualidade dessas ações. O Capítulo 2 – Análise Estratégica traz a justificativa da intervenção com seus objetivos e metas, detalhamento das ações, metodologia, cronograma da intervenção, os indicadores e a logística do projeto. O Capítulo 3 – Relatório da Intervenção faz um relato das ações previstas e desenvolvidas no projeto, e as não desenvolvidas, os aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços. O Capítulo 4 – Avaliação da Intervenção retrata os resultados alcançados na intervenção em cada um dos meses de intervenção, assim como as potencialidades e fragilidades do serviço em relação aos indicadores analisados. O Capítulo 5 – Relatório para os gestores é o registro para a gestora de saúde municipal do que foi a intervenção. O capítulo 6 – Relatório para a

comunidade é o relatório da intervenção para a comunidade. O Capítulo 7 – Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem traz uma avaliação do que foi apreendido no decorrer do curso de especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas, de como foi o desenvolvimento do trabalho e o que significou o curso para a prática profissional do especializando.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A comunidade de Santo Antônio está situada no bairro do mesmo nome que pertence à zona urbana do município de Mossoró, e possui uma população total de 4948 pessoas que vivem na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Dr. Chico Costa, serviço de saúde em que trabalho. Esta população é dividida em 2183 pessoas do sexo masculino e 2765 do sexo feminino. De acordo com os dados encontrados até julho de 2013, na comunidade existem 454 usuários com HAS e 218 usuários com DM.

Na USF temos quatro equipes de saúde, trabalhamos com quatro clínicos gerais no período da manhã e da tarde, uma recepcionista, um enfermeiro por equipe, um auxiliar de enfermagem por equipe, um assistente social, dois dentistas, uma auxiliar de higiene e um ginecologista que atende uma vez por semana. Além disso, temos um farmacêutico, seis agentes comunitários de saúde por equipe. Com relação a esses profissionais acredito que são muito importantes para o trabalho na comunidade.

A estrutura física de nossa unidade encontra-se deteriorada, carente de condições estruturais de espaço para o desempenho dos profissionais nas diferentes áreas de trabalho. A estrutura conta com dois consultórios odontológicos, quatro consultórios para o atendimento médico, uma sala de vacinas, uma sala de cuidados de enfermagem, uma sala de curativos onde também são feitas as atividades de esterilização e armazenando do material, exceto o material do dentista que é guardado no consultório odontológico. Conta-se ainda com uma sala de guarda de prontuários que necessita de mais estantes para organizar os prontuários

novos e a instalação futura do prontuário eletrônico. A recepção fica junto com a sala de espera, onde aguardam os usuários para as diferentes consultas. Há também um banheiro para os trabalhadores e um para os usuários, e uma copa/cozinha. Na unidade trabalham quatro equipes, eu trabalho com a equipe 109 e está formada por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde (ACS), um dentista, uma auxiliar em saúde bucal e um médico. Conta-se ainda com outros trabalhadores de apoio como: uma recepcionista e um auxiliar de serviços gerais.

São atendidos todos os usuários que chegam a USF. As doenças crônicas mais freqüentes são Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Depressão, Asma Bronquial entre outras. As doenças agudas mais freqüentes são as doenças respiratórias agudas. Ainda não temos a quantidade de usuários por doenças, mas se está trabalhando para conhecer o número. Em minha opinião, a Estratégia Saúde da Família é muito importante para fazer uma boa identificação da área que a equipe de saúde irá atuar e poder intervir nos principais problemas de saúde da população para melhorar sua qualidade de vida.

Em relação aos recursos materiais temos problemas somente com algumas medicações que não temos em a USF porque não temos disponíveis na farmácia central e ainda há falta de alguns aparelhos para o bom desempenho do trabalho médico, mas o resto está dentro do que o Ministério da Saúde preconiza e nos dando possibilidades de desenvolver nosso trabalho adequadamente. As condições de trabalho são boas e temos boas relações com todas as pessoas que trabalham na unidade.

A principal função do médico de atenção básica é o trabalho na comunidade, a promoção e prevenção de saúde, e o objetivo fundamental da medicina familiar. Eu me sinto com muita vontade para trabalhar e possibilitar um bom atendimento aos usuários.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Mossoró localizada entre duas capitais, Natal e Fortaleza, atualmente vive um intenso crescimento econômico e de infraestrutura, considerada uma das cidades de médio porte brasileiras mais atraentes para investimentos no país. A fruticultura irrigada, voltada em grande parte para a exportação, também

possui relevância na economia do estado, tendo um dos maiores PIBs per capita da região.

Mossoró é o maior município em extensão territorial do Rio Grande do Norte e se limita com os municípios de Aracati (Ceará), Tibau e Grossos ao norte, Governador Dix-Sept Rosado e Upanema a sul, Areia Branca, Serra do Mel e Assú a leste, assim como Baraúna a oeste, sua população foi estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e estatística em 284.288 habitantes.

O município de Mossoró conta com 45 Unidades Básicas de Saúde (USF) tendo estas 64 equipes de saúde da família, com Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) e um Centro de Especialização Odontológica (CEO), os quais não estão disponíveis para todo o município. O município tem Hospital da Mulher e a Casa de Saúde Dix-sept Rosado por convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS) para o acompanhamento das grávidas, além disso, tem os Hospitais Tarcísio Maia, voltado para atendimentos de clínica geral, o hospital psiquiátrico São Camilo, Rafael Fernandez para tratamento de doenças infectocontagiosas e um Centro de Pronto Atendimento Médico (PAM). Estes não satisfazem as necessidades da população pela falta de muitas das especialidades básicas.

A USF Doutor Chico Costa pertence ao estado do Rio Grande do Norte, no município de Mossoró, Bairro Santo Antônio, vinculado ao SUS e a Prefeitura Municipal, esta Unidade conta com o programa de agentes comunitários de saúde então cumpre todos os requisitos de estrutura citadas no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde.

Esta USF funciona há muitos anos e têm dois turnos de atendimento nos quais se brinda uma atenção de qualidade à população, aos finais de semana não se oferece atendimento, por isso orienta-se a população que em caso de ficarem doentes devem ir para o hospital ou para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para receber atenção médica de urgência.

Existem quatro equipes de saúde, sendo que uma delas conta com os seguintes integrantes: um médico clínico geral, um cirurgião dentista, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, uma auxiliar em saúde bucal, oito agentes comunitários de saúde. A segunda equipe conta com um médico clínico geral, um cirurgião dentista, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde (ACS). Além disso, conta-se com outras duas equipes que

são compostas por médicos, mas estão incompletas, ainda existem outros trabalhadores na USF, Todavia não temos agente de segurança.

Sua área geográfica de abrangência está definida, isto ajuda a ter melhor conhecimento da situação de saúde da população, tem o mapa da área atualizado, nota-se que se caracteriza por ser uma unidade de saúde da família. A última vez que foi feito o cadastro da população foi em 2014, hoje estão trabalhando para atualizar esse cadastro já que ele é fundamental para o conhecimento da situação de saúde atual da população e vai servir como uma ferramenta para fazer uma análise da situação de saúde da população. Até agora só foi cadastrado 92% da população pela existência de novas micro áreas.

É importante destacar que não existem condições estruturais precisas de espaço para o bom desempenho dos profissionais nas diferentes áreas de trabalho, por exemplo, a recepção fica junto com a sala de espera, sendo muito pequena para manter todos os usuários juntos independente da consulta, portanto fica difícil o trânsito de usuários e trabalhadores naqueles dias de maior fluxo de pessoal.

Somado a isso, também há a dificuldade de não contar com banheiros que sejam de uso para usuários cadeirantes e com alguma limitação física, isso, às vezes, contribui para a insatisfação dos usuários.

Das disponibilidades dos equipamentos e instrumentos de uso geral em condições satisfatórias na USF pode-se dizer que os equipamentos mais importantes como: Antropômetro para adultos, Autoclave, Balança de adulto, Balança infantil, Glicômetro, Nebulizador, Tensiômetro, Oftalmoscópio, Otoscópio e outros, não se tem em número insuficiente o que é uma dificuldade muito grande para realizar um desenvolvimento adequado no trabalho e melhorar a qualidade do atendimento.

Todavia é fundamental lembrar que os que estão em uso encontram-se em ótimas condições, muitos instrumentos como as pinças para curativos eram insuficientes, não havia cabo de bisturi, mas esse fato já foi resolvido. A maior dificuldade com respeito aos equipamentos é que o período de revisão e calibragem é muito demorado, mesmo sendo informados.

Igualmente para os instrumentos e equipamentos do consultório odontológico estão em perfeitas condições e o instrumental para exame clínico, urgências e procedimentos periodontais está completo e em ótimo funcionamento. Os ACS's contam para seu trabalho com uma quantidade suficiente de material de

expediente e também volantes para fazer atividades de promoção, de vacinação, sexualidade, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), testes diagnósticos e outras atividades necessárias.

Esses profissionais recebem uma camisa por ano, sua principal queixa é que tem que comprar roupas ou mandar fazer para trocar no dia a dia e nunca receberam o filtro solar por parte da prefeitura de saúde, sempre compraram, não tem meio de transporte específico, elas vão por sua conta de carro, moto ou bicicleta própria. Não existe um carro na USF, nem se dispõe de um carro disponível para estas atividades.

É importante destacar que a USF não conta com Laboratório e há muita demora nos exames, o que provoca a insatisfação da população, a demanda é imensa, quem mais sofre são as gestantes que precisam dos exames para marcar consultas de acompanhamento com a ginecologista. Só se faz glicemia capilar como teste de diagnóstico rápido e os outros exames devem ser marcados nos laboratórios de mês em mês, isto demora muito, em consequência há demora no diagnóstico de algumas doenças. Para os exames mais complexos como tomografia, colonoscopia e outros o encaminhamento é feito pela secretaria de saúde e é muito demorado.

Outra questão são as consultas de atendimento especializado que são um tema polêmico no município pela demora, mesmo quando muitos encaminhamentos são de urgência, desconhecem-se as vagas e o sistema de marcação das consultas. Ainda não há um sistema informatizado para realizar as estatísticas mensais, nem para o uso dos prontuários eletrônicos. Não se dispõe de internet nem telefone fixo. Tem-se dificuldades com algumas medicações que não existem no posto, os antibióticos, anti-histamínicos, não são suficientes para a demanda da população, não temos fitoterápicos.

No caso dessa equipe, todos os integrantes participam do mapeamento da área de atuação, assim como a identificação de grupos e famílias expostos a riscos, na identificação de pessoas com hipertensão arterial, diabetes Mellitus, tuberculose e hanseníase, além de outros temas como o parasitismo intestinal entre outras. Também se realiza cuidados nos domicílios, nas escolas e na associação de bairro é muito importante dizer que, às vezes, é difícil fazer um bom atendimento domiciliar pela falta de condições e insumos médicos, sendo que muitos dos usuários que

precisam de atendimento em casa ficam esperando, mas assim procura-se um jeito para melhorar sua saúde.

Na USF não há condições para fazer pequenas cirurgias. Fazem-se atendimentos de urgência e emergência, nas visitas domiciliares fazem-se curativos, medida de pressão, consultas, entrega de medicamentos, vacinação, revisão puerperal e outros, os profissionais da saúde, utilizam os protocolos quando encaminham os usuários a outros níveis do sistema de saúde respeitando fluxos de referência e contra referência para um melhor atendimento e avaliação dos usuários.

Relacionado a isso, acompanha-se o plano terapêutico proposto aos usuários quando são encaminhados a outros níveis do sistema de saúde, mas não se faz acompanhamento aos usuários em situações de internação domiciliar. Os encarregados de fazer notificações compulsórias de doenças e agravos notificáveis são o médico e a enfermeira junto com os técnicos de enfermagem.

Uma tarefa muito importante da equipe de saúde é quando se realiza atividades de grupo na USF com as gestantes, mães em aleitamento materno, puericultura, pré-natal, planejamento familiar, combate ao tabagismo, às drogas, assim como o seguimento dos usuários com hipertensão e diabetes, além da saúde bucal.

Na USF chegam todas as semanas um número importante de insumos para o trabalho da USF é por isso que cada profissional da Unidade participa no gerenciamento dos mesmos. Uma vez por mês realiza-se reunião da equipe, onde participam os agentes de saúde, o médico, a enfermeira, os técnicos de enfermagem, dentista e algum funcionário da secretaria de saúde ou da prefeitura quando se precisa esclarecer dúvidas ou falar de coisas que dificultam a prestação dos serviços de saúde à população.

Com relação ao processo de trabalho e educação permanente é interessante frisar que os profissionais da USF participam nas atividades de qualificação profissional, nas normas de atendimento pré-natal e puericultura, assim como também capacitações nas doenças que estão se incrementando no mundo todo e, em alguns locais como a leishmaniose. Tudo é orientado pela secretária municipal de saúde que faz encontros com os profissionais de saúde de todo o município.

Além do bom cumprimento das atribuições dos profissionais da equipe, de forma geral acredita-se que falta mais por fazer, ainda falta interesse para aumentar

a qualidade das ações e assim atender completamente às necessidades do serviço e da população. A seguir será alistada a distribuição da população conforme idade e sexo a fim de conhecermos melhor a população da área adstrita (Figura 1).

Tabela 1. Distribuição da população da USF Dr. Chico Costa por faixa etária e sexo, 2014.

Faixa etária	Feminino	Masculino	Total
Menor de 1	16	11	27
1 – 4	89	55	144
5 – 9	201	187	388
10 – 14	266	205	471
15 – 19	511	401	912
20 – 39	544	411	955
40 – 49	579	479	1058
50 – 59	327	255	582
60 e mais	232	179	411
Total	2765	2183	4948

Fonte: Registro do SIAB.

Pode-se observar que em todas as faixas etárias predominam o sexo feminino e que esta população é predominantemente jovem. Esta distribuição da população por sexo e faixa etária na área de abrangência, não está conforme a estimativa do caderno de ações programáticas, mas talvez se chegue mais perto dessa realidade após a atualização do cadastro da população.

Na USF temos uma demanda grande de atendimentos que são na sua maioria mulheres, são marcadas consultas de programas como pré-natal, puericultura, Hipertensão, Diabetes e Saúde Mental em turnos de atendimentos específicos os outros turnos são deixados para a demanda espontânea. Nos dias em que são desenvolvidos estes programas também se fazem atendimento das urgências que chegam à USF, não tendo excesso. Levando em conta que desde o mês de junho a equipe está completa e tem atendimento todos os dias da semana nos dois turnos, dessa forma o excesso de demanda têm diminuído bastante, porque agora o processo de acolhimento é mais organizado e se oferece uma melhor atenção ao usuário.

Com respeito a esse processo de acolhimento na USF nota-se muito esforço da equipe para fazer um bom acolhimento populacional. As informações estão todas bem claras em forma de painéis fixados na unidade, o mesmo é levado por todos os membros da equipe, mas ainda não é feito com a qualidade requerida, pela falta de comprometimento de toda a equipe da carga assistencial e de trabalho, nota-se que ainda pode-se fazer melhor.

O acolhimento é realizado em todos os dias de atendimento da USF, nos dois turnos, o tempo depende do número de usuários, da demanda e da necessidade específica de cada um. A definição do encaminhamento da demanda do usuário se faz mediante avaliação e classificação do risco biológico e vulnerabilidade social. Levam-se em conta os casos de problemas de saúde agudos, destaca-se que o usuário é recebido pelas técnicas de enfermagem, quem vão fazer uma classificação da necessidade do mesmo, seja avaliado por outros profissionais da equipe ou agendamento da consulta, os casos que não podem ser tratados na unidade são encaminhados para os serviços de urgência do município.

O processo de acolhimento na USF constitui a porta de entrada ao serviço de saúde, daí a importância do conhecimento em relação as suas diretrizes. É necessário que haja solidariedade entre os trabalhadores e usuários, que os trabalhadores compreendam as angústias e os diferentes critérios de urgência construídos legitimamente por parte dos usuários para melhorar a qualidade do processo.

O atendimento de puericultura é realizado uma vez na semana, tanto a enfermeira como o médico, tratam de fazer o melhor atendimento possível, mas ainda se têm muitas coisas para melhorar nesse propósito, temos que alcançar todos os trabalhadores da USF, que todos tenham um adequado aporte e saibam os encaminhamentos sobre o programa. Na USF são acompanhadas 27 crianças menores de 12 meses das 72 estimadas no CAP, o que representa 38% de cobertura, isso demonstra que precisamos melhorar a busca ativa de crianças na área de abrangência para melhorar a cobertura.

Do mesmo modo se faz consultas por agendamento e aplica-se vacina de acordo com o programa existente no Brasil. No entanto, não atingimos o percentual de 100% de cobertura para estas atividades. Na USF se tem índices de qualidade importantes, 93% das crianças têm vacinação em dia, com realização do teste do pezinho até o sétimo dia com 100% de cobertura, ainda para os índices de triagem

auditiva, monitoramento de desenvolvimento e crescimento na última consulta, orientações para o aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes atingiu-se 100% de cobertura.

Além disso, há algumas deficiências que se podem melhorar, como por exemplo, com a primeira consulta até o sétimo dia só se conta com 70%, pois tem algumas mães que não querem sair da casa nos dias de resguardo, questão que já foi explicada a elas nas palestras de grupos. Ainda se tem um percentual de 33% de crianças com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, o que impede o bom seguimento da curva de crescimento e desenvolvimento das crianças.

Ainda é importante destacar que apenas 81% têm consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, cifra que pode melhorar. Outra coisa que se tem dificuldade é com relação ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, as mães não cumprem com a lactação exclusiva até os seis meses de idade, apesar de se falar com elas e explicar a importância para a criança e para elas. Nota-se que a incorporação da mãe, depois dos três meses de vida da criança, ao seu posto de trabalho culminando com o término da licença maternidade pode estar influenciando nesta observação.

As consultas de pediatria são outra dificuldade, já que se têm poucos especialistas e como não se faz na unidade, muitas vezes, as mães não trazem a criança até a unidade. É fundamental destacar que se fazem atividades em grupo com as mães e crianças, nas quais a equipe faz palestras e orientações educativas uma vez por mês, ali se explica temas importantes como, por exemplo: as vantagens do aleitamento materno exclusivo, orientações em relação ao calendário de consultas e vacinas, identificação de riscos e vulnerabilidades nas crianças, preconização da realização do teste do pezinho e triagem auditiva, o crescimento e desenvolvimento normal das crianças, entre outras atividades.

Na unidade a atenção ao pré-natal é realizada de maneira integral, com um bom acolhimento as nossas gestantes e puérperas, enfocando elas como sujeitos de direitos e que realmente sejam humanizados em nosso atendimento. Isso é feito por parte da equipe de saúde (médico, enfermeiro e odontólogo) cada um fazendo seu trabalho no acolhimento e acompanhamento periódico dos mesmos, promoção da saúde e prevenção de doença, além de avaliar os riscos que podem ter as gestantes ou puérperas e diagnosticar de maneira precoce as doenças para um tratamento acertado e diminuição das complicações. Para essas ações se têm um guia para

avaliar os riscos, além de contar com os prontuários, fichas odontológicas e fichas de vacinação, temos um cadastramento da gestante no SISPRENATAL.

Ainda, se tem um grupo de gestantes, no qual a equipe de trabalho orienta atividades educativas assim como a importância do pré-natal, vacinação, amamentação, periodicidade das consultas, exame e cuidado das mamas, prescrição de medicamentos durante a gravidez, importância dos exames de laboratório, além de realizar visitas domiciliares periódicas a todas nossas gestantes, puérperas e recém-nascidos, para acompanhar o processo de aleitamento materno e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar. Também procurando as faltosas para o melhor controle e seguimento das mesmas.

Além disso, acredita-se que ainda existem dificuldades que impedem que o trabalho seja feito com maior qualidade, pois não se tem protocolos para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde e não existem profissionais que se dediquem a avaliação e monitoramento do programa de pré-natal.

Na USF há registrado nos últimos 12 meses, um total de 25 partos, sendo que o estimado são 72, o que representa 35% de cobertura para esta ação programática. A mortalidade infantil e materna durante este período de tempo ficou em 0%, mostrando a qualidade da atenção pré-natal de nossa USF, nas consultas de puerpério, todas receberam orientações sobre planejamento familiar, métodos anticoncepcionais, importância do aleitamento materno, cuidados do recém-nascido, exame do abdômen e consultas registradas.

Além disso, apenas três das mesmas fizeram exame ginecológico, demonstrando uma cobertura de apenas 12%, resultados que demonstram que ainda existem preconceitos, o que dá a possibilidade de melhorar muito mais o trabalho, para ter realmente uma atenção de maior qualidade.

São acompanhadas na USF 44 gestantes de um total estimado de 74, logo a cobertura é 59%. Nota-se que 100% de nossas gestantes tomaram as vacinas correspondentes fizeram exames laboratoriais preconizados e tomam a suplementação de ferro, 89% têm consultas no dia, mesmo precisamos melhorar estas ações. Percebe-se também que 41 gestantes começaram o pré-natal no primeiro trimestre e infelizmente só 21 das mesmas (48%) foram avaliadas ginecologicamente, resultados que afetam de maneira negativa no correto

desenvolvimento da atenção pré-natal, por enquanto a USF tem indicadores de muito bom nível na atenção pré-natal, parto e puerpério.

Quanto à cobertura da ação programática com foco na Prevenção do Câncer de Colo de Útero, nota-se que ainda existem muitos entraves e que o principal é realizar uma pesquisa mais profunda do total de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e acompanhadas na USF para prevenção de câncer de colo de útero, a qualidade dos indicadores avaliados da prevenção do Câncer de Colo de Útero, acredita-se que está adequada embora seja necessário continuar melhorando para diminuir os atrasos na realização do exame citopatológico. Na Unidade há um total de 1124 mulheres com idade entre 25 e 64 anos de idade, perfazendo um indicador de cobertura de 90%.

Um dos aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Colo de Útero na USF é, primeiramente, selecionar pessoal qualificado só para fazer preenchimento, coletas, assim como tudo o que concerne ao programa de Controle do Câncer de Colo de Útero, o que proporcionaria ter atendimento diário na USF, acompanhado com o aumento da pesquisa na área por parte de todo aquele pessoal preparado para fazer promoção e prevenção do programa incluindo os médicos, odontólogos, enfermagem, técnicos de enfermagem, agentes de saúde entre outros.

Para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado se pode utilizar a estratégia de um acompanhamento rigoroso com visitas domiciliares frequentes pelo agente de saúde assim como pela enfermagem ou médico nos casos que precisarem.

No caso do Câncer da Mama, a forma de registro permitiu o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas, mas também se apresentaram dificuldades, já que não se tem um arquivo único para guardar os prontuários dessas usuárias, existindo também muitas na espera da realização do exame mamográfico.

Existe boa cobertura dessa ação programática, pois 81% do total de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área são acompanhadas na USF para prevenção de câncer de mama.

A respeito dos indicadores de qualidade do Controle do Câncer de Mama avaliados considera-se baixo já que a equipe possui do total de mulheres entre 50 e 59 anos acompanhada na área apenas 29% estão com a mamografia em dia e 67%

estão com mais de três meses de atraso, além de ter um 79% com avaliação de risco para o câncer de mama, acredita-se que há muito que melhorar, pois há dificuldades para a marcação, realização das mamografias e ultrassom das mamas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), devido ao excesso na demanda ante a deficiência de equipamento e pessoal qualificado.

Em relação à atenção aos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes, encontramos grandes dificuldades no acompanhamento dos mesmos. Assim, esse programa merece a atenção urgente de nossa equipe. Muitas vezes encontram-se dificuldades com relação às ações de estímulo a prática regular da atividade física, orientações sobre os malefícios do consumo excessivo do álcool ou tabagismo e demais fatores de risco relacionados com as patologias.

Os usuários hipertensos estão cadastrados em um total de 454 (44%), desses um total 396 (87%) possuem realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, um total de 75 (17%) estão com atraso nas consultas agendadas em mais de sete dias, 253 (56%) estão com os exames complementares periódicos em dia e apenas 103 (23%) estão com a avaliação de saúde bucal em dia. Para os usuários diabéticos, há um total de 218 (74%), desses um total 184 (84%) possuem realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, um total de 36 (17%) está com atraso nas consultas agendadas em mais de sete dias, 191 (88%) estão com os exames complementares periódicos em dia, 118 (54%) recebem orientação nutricional para alimentação saudável e apenas 76 (35%) estão com a avaliação de saúde bucal em dia.

Podemos avaliar a cobertura de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) encontrada na área como baixa (44%). É importante destacar que se tem uma tarefa grande na pesquisa e determinação dos usuários com esta doença, para aumentar a porcentagem de cobertura para toda a população, trabalhar os fatores de risco principais e tratar de diminuir as complicações que estas doenças apresentam.

Levando em consideração os indicadores de qualidade da atenção à HAS há 396 usuários com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, o que representa 87%, 17% de nossos usuários tem atraso nas consultas agendadas em mais de sete dias, só 56% tem feito seus exames complementares em dia, existem 23% deles avaliados com relação à atenção à saúde bucal.

Embora existam estas dificuldades destaca-se que 100% têm sido orientados da importância da prática física e alimentação saudável, mas ainda é

preciso aumentar os atendimentos de cada usuário hipertenso e estimular que eles assistam as consultas.

O atendimento é feito pelo médico e a enfermeira uma vez por semana através de consultas agendadas, que são regidas pelos protocolos de atendimentos para o programa de HIPERDIA de acordo com o ministério da saúde, no qual oferecemos avaliação física, solicitação de exames, vacinas e educação em saúde.

Foram encontradas dificuldades que impedem a qualidade dos atendimentos, pois não existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos aos indivíduos com hipertensão, não conta-se com uma pessoa que se dedique ao planejamento, gestão e coordenação das consultas aos usuários hipertensos, assim como a avaliação e monitoramento das ações.

No caso da Diabetes existem 218 pessoas de um total estimado de 293, dessa forma 74% da prevalência estimada, dados que também ficaram distantes das estimativas do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, pois igualmente do que acontece na Hipertensão existem ainda muitos usuários sem diagnóstico e outros já diagnosticados sem acompanhamento. Também foi observadas algumas dificuldades na hora de procurar os dados, já que também não existe um caderno específico para o registro desta doença.

A respeito dos indicadores de qualidade da USF para a Diabetes Mellitus 17% estão com atraso nas consultas agendadas em mais de sete dias, só 84% com estratificação de risco cardiovascular, 88% tem feito seus exames complementares em dia, 86% tem realizado o exame físico dos pés e dos pulsos e, é importante destacar que todos nossos usuários diabéticos receberam orientações na prática de exercício e dieta saudável.

O atendimento a esses usuários é realizado pelo médico e enfermeira uma vez por semana através de consultas agendadas, que são regidas pelos protocolos de atendimentos. Dentro do programa HIPERDIA são oferecidos serviços como: avaliação física, solicitação de exames, vacinas e educação em saúde do mesmo jeito que aos usuários hipertensos.

Também apresentamos dificuldades que impedem a qualidade de nossos atendimentos, pois não temos um arquivo específico para os registros dos atendimentos aos usuários com doenças crônicas, não se conta com uma pessoa que se dedique ao planejamento, gestão e coordenação das consultas aos usuários diabéticos, assim como a avaliação e monitoramento das ações levadas.

De forma geral, acredita-se que ainda tem que se aumentarem as ações de promoção e prevenção para procurar estilos de vidas mais saudáveis e assim diminuir a incidência destas doenças e a aparição de suas complicações. Também é fundamental elevar nosso nível de gestão para resolver os problemas que dificultam a qualidade de nossos atendimentos e procurar um maior comprometimento com estes usuários por parte de todos os membros da equipe.

Além de todos esses grupos, devemos destacar os idosos, na USF a estimativa do número de idosos residentes na área parece adequada a nossa realidade, já que temos 411(77%), sendo que a estimativa é de 536 idosos.

Fazendo uma avaliação referente à cobertura de saúde da pessoa idosa encontrada na área acredita-se que é aceitável, já que está coberto o maior percentual da população de 60 anos ou mais. Com respeito aos poucos indicadores de qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa avaliados pode-se dizer que se têm indicadores positivos como o total de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na USF 411 (77%), além disso, se tem 100% dos indivíduos dessa população com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para atividade física regular, 75% tem acompanhamento em dia, 63% tem avaliação de risco para morbimortalidade e 66% investigação de indicadores de fragilização na velhice.

Por outro lado, se tem controlado os hipertensos e diabéticos incluídos na população em questão, nota-se que nesse sentido está se realizando um bom trabalho para melhorar a atenção na velhice.

Examinando os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos pode-se dizer que a USF realiza atendimento aos idosos todos os dias e em todos os turnos, o que se considera muito bom, as pessoas idosas podem ter atendimento a todo tempo e tem prioridade.

Embora existam aspectos que podem ser melhorados, pode-se citar que geralmente a consulta é desenvolvida pelo médico e enfermeira, é significativo que se trate de envolver toda a equipe para ter uma maior efetividade na saúde do idoso. Outro fator é que não temos uma Equipe Multiprofissional em nossa área, fato que demora na hora de fazer uma avaliação integral dos idosos, correspondido com que o sistema de contra referência hospitalar que não é ótimo. Tem-se que alcançar adequado sistema de referência e contra referência hospitalar com a realização de

reuniões entre atenção primária e secundária, avaliação pela Secretaria de Saúde Municipal da necessidade de criação da Equipe Multiprofissional com Psicólogo, Fisioterapeuta, Ginecologista obstetra e Nutricionista para avaliação integral e contínua.

Devem-se fazer palestras com todas as pessoas da equipe com temas especiais como: apresentação atípica das doenças, síndromes geriátricas, avaliação da funcionalidade familiar, estresse do cuidador, violência intrafamiliar e outros, fazer avaliação multidimensional e de fragilização a todos os idosos, assim como àqueles com acompanhamento atrasado, aumentar o número de visitas domiciliares conforme o planejamento assistencial, maior controle ambulatorial de doenças crônicas e seus fatores de risco, manter pesquisa do câncer com a realização de tato retal, dosagem de Antígeno Prostático Específico (PSA) e exame da mama, assim como avaliação bucal para todos os idosos.

Garantir atenção integral à saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo, fortalecendo o protagonismo das pessoas idosas no Brasil é objetivo fundamental do Ministério de Saúde. A Promoção da Saúde dos idosos deve levar em conta um bom funcionamento mental, físico e social, com a prevenção de doenças e incapacidades (BRASIL, 2016b).

O processo do cuidado integral à saúde é missão básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à saúde (APS) por meio da Estratégia Saúde da Família, desenvolve a promoção da saúde, a redução de risco ou manutenção de baixo risco, a detecção precoce e o rastreamento de doenças, assim como o tratamento e a reabilitação.

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

Em primeiro lugar se fez uma análise geral da situação da unidade e do serviço de saúde da família que se levou para a equipe, dessa forma se falou sobre as características estruturais da unidade e os serviços que se realizam nela, agora neste relatório esses aspectos foram avaliados com maior profundidade com a obtenção de uma visão mais clara na minha área de saúde e provando que existe muito trabalho a fazer.

Realizando uma comparação das questões analisadas na unidade de ambientação no caso da situação da ESF/APS no serviço pode-se dizer que foram

poucas as mudanças só houve pequenas variações estatísticas populacionais, pois se acredita que foi uma margem de tempo muito curta para que aconteçam grandes mudanças.

Conclui-se que só depende dos profissionais da saúde para que se planejem ações nas reuniões da equipe, procure um maior comprometimento com o trabalho, para que se criem estratégias para resolver os problemas que estão ao alcance, assim como procurar comprometer as instituições das quais se dependem como a secretaria de saúde, a câmara de vereadores e a prefeitura, tendo sempre presente que a satisfação da população deve ser nossa primeira prioridade.

Nota-se que primeiramente deve-se completar a equipe, que o município contrate mais especialistas e consiga atender com uma consulta de pediatria na unidade básica para dessa forma buscando um atendimento especializado e integral na saúde da criança.

A promoção da saúde e prevenção de doenças é o principal objetivo do trabalho, portanto tem-se que melhorar nesses temas aumentando as atividades de grupo com as mães das crianças para continuar falando desses assuntos tão importantes e que, às vezes, elas não conhecem. Diagnosticar e tratar doenças que poderiam provocar incapacidades no futuro da criança e melhorar os índices de morbidade e mortalidade no Brasil.

Nossa tarefa como médico geral das comunidades é aumentar as ações de promoção e prevenção de saúde para assim diminuir a incidência dessas doenças e as complicações dos já diagnosticadas.

Depois de fazer uma análise minuciosa da situação de saúde na minha USF, pode-se dizer que foi um trabalho muito proveitoso que nos permitiu conhecer em detalhes as características da USF, o que servirá de guia para desenvolver o plano de ações em busca da melhora da qualidade de nosso serviço. Levando em conta que foi realizada uma análise geral da situação do município, da USF e da população podemos dizer que se obteve uma visão mais clara.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Uma das doenças crônicas mais freqüentes na população adulta no mundo inteiro é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a qual constitui uma das principais causas de mortalidade no Brasil, assim como o Diabetes Mellitus(DM) que também é responsável por uma grande parte das causas de óbito no mundo inteiro e no Brasil.Nossa equipe escolheu fazer a intervenção com esse tema, pois além de encontrar-se dentro dos principais problemas de saúde de nossa unidade, são doenças que tem uma alta incidência e prevalência e muita demanda de usuários na Unidade de Saúde(BRASIL, 2006a).

A estrutura física de nossa unidade encontra-se deteriorada, carente de condições estruturais de espaço para o desempenho dos profissionais nas diferentes áreas de trabalho. A estrutura conta com dois consultórios odontológicos, quatro consultórios para o atendimento médico, uma sala de vacinas, uma sala de cuidados de enfermagem, uma sala de curativos onde também são feitas as atividades de esterilização e armazenando do material, exceto o material do dentista que é guardado no consultório odontológico. Conta-se ainda com uma sala para guardar prontuários que necessita de mais estantes para organizar os prontuários novos e a instalação futura do prontuário eletrônico. A recepção fica junto com a sala de espera, onde aguardam os usuários para as diferentes consultas. Há também um banheiro para os trabalhadores e um para os usuários, e uma copa/cozinha. Na unidade trabalham quatro equipes, eu trabalho com a equipe 109 e estão formadas por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde (ACS), um dentista, uma auxiliar em saúde bucal e um médico. Conta-se ainda com outros trabalhadores de apoio como: uma recepcionista e um auxiliar de serviços gerais.

São acompanhados pelo serviço 454 usuários com 20 anos ou mais com HAS e residentes na área, sendo que a estimativa para a área é de 1026 hipertensos, o que representa apenas 44% de cobertura do que é estimado. No caso do DM, são acompanhados pelo serviço 218 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, sendo estimados 293 diabéticos, indicando uma cobertura de 74% do público estimado.

Podemos dizer que em nossa USF há muitas dificuldades, por exemplo: só temos 87% com a realização de estratificação do risco cardiovascular, um total de 17% de nossos usuários tem atrasos nas consultas agendadas em mais de sete dias, só 56% têm feito seus exames complementares em dia, só temos um total de 23% deles avaliados na atenção à saúde bucal, embora temos que destacar que o 100% tem sido orientado da importância da prática de atividade física e alimentação saudável. No caso da Diabetes também temos dificuldades, pois 17% apresentam atraso nas consultas agendadas em mais de sete dias, só temos um total de 84% com estratificação de risco cardiovascular, apenas 88% tem feito seus exames complementares em dia, 86% tem realizado o exame físico dos pés e 96% dos pulsos, é importante destacar que todos os usuários diabéticos receberam orientações na prática de exercício e dieta saudável. A realização da consulta de HIPERDIA em nossa USF é feita por consultas agendadas uma vez por semana, mas a demanda pode aumentar. Priorizamos ações direcionadas à prevenção e promoção da saúde com os usuários cadastrados no Programa HIPERDIA, além da identificação de indivíduos, grupos e famílias expostos a riscos, fazemos reuniões, palestras e encontros com aqueles usuários. Além de identificar lesões em órgãos-alvo ou complicações crônicas e efetuar o tratamento adequado.

Acredita-se que com a implementação desta intervenção vamos garantir que a população tenha um melhor conhecimento destas doenças e das complicações que estas podem provocar. Além disso, vamos melhorar a cobertura do programa, ter mais controle dos registros, garantir que nossa equipe tenha a capacitação necessária para fazer as atividades de promoção e as pesquisas para o diagnóstico precoce destas doenças. Além disso, o trabalho vai a ser muito produtivo e contribuirá para melhorar sobre todos os atendimentos e o seguimento dos usuários do programa. Mas, infelizmente poderemos ter dificuldades na participação dos usuários nos grupos de educação em saúde, além da demora para marcar os exames complementares no SUS, e a falta da farmácia de medicamentos

controlados de alta demanda. Temos aspectos que viabilizam a realização da intervenção como as condições básicas de estrutura na USF, todo o equipamento em ótimas condições, adequada preparação intelectual da equipe, assim como o apoio integral da gerência da USF e Secretaria de Saúde. Acredita-se que a intervenção pode ajudar a melhorar os indicadores de saúde da USF, vai oferecer maior relação entre os usuários e os profissionais de saúde, além disso, aumentarão o conhecimento das doenças e suas possíveis complicações.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

1.2.1 Objetivo Geral:

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes na USF Dr. Chico Costa, Mossoró/RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a usuários com hipertensão e/ou diabetes.

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

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos usuários com diabetes 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 usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

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

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

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

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

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabéticos ao programa

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Garantir ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Garantir ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear usuários com hipertensão e diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Garantir a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

Objetivo 6: Promover a saúde de usuários com hipertensão e diabetes.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

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

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

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

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

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

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes

2.3 Metodologia

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses na área da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) 109 no município Mossoró, participarão da intervenção como público alvo, todas as pessoas com 20 anos ou mais, com diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes e residentes na área de abrangência da unidade básica de saúde (USF). As ações realizadas serão baseadas nos Cadernos de Atenção Básica n. 36 Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013a) e Cadernos de Atenção Básica n. 37 Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013b) e no protocolo municipal do programa de HIPERDIA. Por tanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas, estas últimas norteadas por quatro eixos organizativos: monitoramento e avaliação, engajamento público, qualificação da prática clínica, e organização e gestão do serviço. As atividades realizadas com cada usuário atendido serão registradas no prontuário clínico individual cumprindo com o regulamentado no comitê de ética (ANEXO A). O cadastro dos hipertensos e diabéticos no programa será registrado na planilha de coleta de dados (ANEXO B), assim como os dados obtidos na avaliação das fichas espelho (ANEXO C), para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores será utilizado o CAP (ANEXO D). Respeitando o termo de responsabilidade de uso de fotografias (ANEXO E).

2.3.1 Detalhamento das ações

As ações desenvolvidas durante a intervenção serão descritas conforme cada um dos eixos programáticos do curso. Espera-se abranger todos os aspectos relevantes para realização da intervenção de modo a contemplar todas as metas e indicadores.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de usuários com hipertensão e diabetes da Unidade Saúde da Família Doutor Chico Costa. Atualmente são acompanhados pelo serviço 44% dos hipertensos e 78% dos usuários com diabetes residentes na área adstrita.

Meta. 1.1

Cadastrar 80% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Temos condições em nossa Unidade Básica de Saúde (USF) para desenvolver diversas ações. É potencialidade do serviço: recursos humanos, com adequada preparação dos trabalhadores de saúde (incluindo médico, enfermeira, técnico de enfermagem e agentes de saúde); recursos materiais, incluindo equipamento com adequada calibração e ótimas condições. Dentro dos mecanismos para cadastrar os usuários temos: pesquisa ativa da população nas visitas domiciliares, em consultas, visita a centros laborais, escolas, lograr maior rapidez na realização dos exames complementares para o diagnóstico. Para facilitar o acesso dos usuários vamos a aumentar as consultas programadas de HIPERDIA.

1.1 Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de usuários com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial (HAS) e à Diabetes Mellitus (DM) da unidade de saúde.

O monitoramento do número de usuários com hipertensão e diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus será feito pelo médico e enfermeira da USF que devem avaliar e preencher mensalmente as estatísticas destas doenças crônicas será feito por meio do cadastro no sistema próprio da USF.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir o registro dos usuários com hipertensão no Programa. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

O médico e a enfermeira manterão o registro ativo e atualizado em cada atendimento dos usuários com hipertensão.

A equipe irá considerar o tema da qualidade do acolhimento nas reuniões da mesma.

A equipe manterá a avaliação e calibragem dos equipamentos no tempo oportuno, solicitando a revisão à secretaria municipal de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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.

A comunidade será orientada sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão.

Para essas ações iremos colocar informações em murais, cartaz, folhetos, livros com informações na USF e comunidade, fazer palestra semanal antes de começar a consulta de HIPERDIA, no grupo de usuários com hipertensão e diabetes também voltados para a população em geral sobre os temas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para o cadastramento de usuários com hipertensão 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.

Serão feitas reuniões mensais com as Agentes de Saúde para orientar sobre cadastramento dos usuários com hipertensão e dúvidas com sua realização.

A médica e a enfermeira oferecerão de forma teórica e prática na reunião mensal da equipe, capacitação sobre a forma correta dos procedimentos e avaliação posterior de cada membro da equipe.

Meta 1.2

Cadastrar 80% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Temos condições em nossa Unidade Básica de Saúde (USF) para desenvolver diversas ações. É potencialidade do serviço: recursos humanos, com adequada preparação dos trabalhadores de saúde (incluindo médico, enfermeira, técnico de enfermagem e agentes de saúde); recursos materiais, incluindo equipamento com adequada calibração e ótimas condições. Dentro dos mecanismos para cadastrar os usuários teremos: pesquisa ativa da população nas visitas domiciliares, em consultas, visita a centros laborais, escolas, lograr maior rapidez na realização dos exames complementares para o diagnóstico. Para facilitar o acesso dos usuários iremos aumentar as consultas programadas de HIPERDIA.

1.2 Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de usuários com diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

O médico e a enfermeira avaliarão e preencherão mensalmente as estatísticas destas doenças crônicas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

O médico e a enfermeira manterão registro ativo e atualizado em cada atendimento dos usuários com diabetes.

A equipe tratará o tema da qualidade do acolhimento nas reuniões da mesma.

A equipe manterá avaliação e calibragem dos equipamentos no tempo oportuno, solicitando a revisão à secretaria municipal de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

A comunidade será orientada sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes.

Para essas ações colocaremos informações em murais, cartaz, folhetos, livros com informações na USF e comunidade, fazer palestra semanal antes de começar a consulta de HIPERDIA, no grupo de hipertensos e diabéticos e também voltados para a população em geral sobre os temas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os ACS para o cadastramento de usuários com diabetes de toda área de abrangência da unidade de saúde.

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

Serão feitas reuniões mensais com as Agentes de Saúde para orientar sobre cadastramento dos usuários e dúvidas com sua realização.

O médico e a enfermeira oferecerão de forma teórica e prática na reunião mensal da equipe, capacitação sobre a forma correta dos procedimentos e avaliação posterior de cada membro da equipe.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento prestado aos usuários com hipertensão e diabetes cadastrados no programa.

Meta 2.1

Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

Iremos elevar o número de consultas na semana, temos a facilidade de diminuir uma seção da demanda livre na programação e oferecer esse serviço duas vezes por semana.

2.1 Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão.

O médico avaliará de forma periódica na semana o exame clínico ao usuário (com prioridade para enfermeira e técnica de enfermagem).

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com hipertensão.

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

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Serão feitas reuniões com os membros da equipe e apresentaremos as tarefas que eles podem desenvolver no exame clínico do usuário, sempre com supervisão da médica ou enfermeira.

Serão realizadas conferências com os profissionais para leitura e análise dos protocolos adotados pela unidade.

Faremos encontros com todos os profissionais para debater e discutir a periodicidade de atualização dos protocolos.

Organizaremos a rotina do serviço e a agenda dos profissionais de modo a possibilitar a participação de toda a equipe nas capacitações sobre o protocolo dos usuários com hipertensão e diabetes.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Serão oferecidas palestras ao grupo de usuários com hipertensão e diabetes e a toda a comunidade sobre riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas

decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

O médico realizará palestra demonstrativa sobre o exame clínico adequado para todos os membros da equipe, de acordo com seu perfil.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

Precisaremos elevar o número de consultas na semana, temos a facilidade de diminuir uma seção da demanda livre na programação e oferecer esse serviço duas vezes por semana.

2.2 Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com diabetes.

O médico avaliará de forma periódica na semana o exame clínico ao usuário (com prioridade para enfermeira e técnica de enfermagem).

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Definiremos atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com diabetes.

Serão organizadas capacitações dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Estabelecer-se á periodicidade para atualização dos profissionais.

Disporemos de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Faremos reunião com os membros da equipe e apresentar as tarefas que eles podem desenvolver no exame clínico do usuário, sempre com supervisão do médico ou enfermeira.

Realizaremos conferência com os profissionais para leitura e análise dos protocolos adotados pela unidade.

Faremos encontro com todos os profissionais para debater e discutir a periodicidade de atualização dos protocolos.

Organizaremos a rotina do serviço e a agenda dos profissionais de modo a possibilitar a participação de toda a equipe nas capacitações sobre o protocolo dos usuários com hipertensão e diabetes.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Os usuários e a comunidade serão orientados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Serão realizadas palestras ao grupo de usuários com hipertensão e diabetes e a toda a comunidade sobre riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A equipe será capacitada para a realização de exame clínico apropriado.

O médico realizará palestra demonstrativa sobre o exame clínico adequado para todos os membros da equipe, de acordo com seu perfil.

Meta 2.3.

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

Temos 56% dos usuários hipertensos com exames complementares periódicos em dia.

2.3 Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitoraremos o número de usuários com hipertensão com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Monitoraremos o número de usuários com hipertensão com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

O médico tem monitorará o número de usuários com hipertensão com exames laboratoriais solicitados nas consultas e visitas domiciliares da equipe e avaliar a realização dos exames de acompanhamento.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantiremos a solicitação dos exames complementares.

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

Serão estabelecidos sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

O médico solicitará os exames complementares a todos os usuários atendidos.

Informar-se-á à secretaria municipal de saúde as necessidades da população quanto aos exames em tempo oportuno e procurar resolver este problema.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Haverá orientação aos usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Os usuários e a comunidade serão orientados quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Ofereceremos palestras a comunidades sobre a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares e o adequado controle laboratorial na prevenção das complicações.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Na reunião da equipe vamos falar sobre o protocolo para solicitação de exames complementares.

Meta 2.4.

Garantiremos a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Temos 88% com exames complementares em dia, temos como facilidade criar prioridade na USF para os usuários com hipertensão e diabetes, presença de glicosímetro para realizar glicemia nas consultas e como dificuldade a demora em realizar os exames pelo SUS em função da demanda excessiva.

Ações 2.4

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitoraremos o número de usuários com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Monitoraremos o número de usuários com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

O médico irá monitorar o número de usuários com diabetes com exames laboratoriais solicitados nas consultas e visitas domiciliares da equipe e avaliar a realização dos exames de acompanhamento.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Será garantida a solicitação dos exames complementares.

Será garantida com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Estabeleceremos sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

O médico solicitará os exames complementares a todos os usuários atendidos.

Informaremos à secretaria municipal de saúde as necessidades da população quanto aos exames em tempo oportuno e procurar resolver este problema.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Os usuários e a comunidade serão orientados quanto à necessidade de realização de exames complementares.

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

Ofereceremos palestras a comunidades sobre a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares e o adequado controle laboratorial na prevenção das complicações.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Na reunião da equipe será falado sobre o protocolo para solicitação de exames complementares.

Meta 2.5.

Priorizaremos a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Existe a facilidade para oferecer medicação aos usuários nos grupos criados e técnica em farmácia com preparação profissional adequada, como dificuldade temos faltas na farmácia de medicamentos de alta demanda.

Ações 2.5

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitoraremos o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

O médico e a enfermeira vão monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Realizaremos controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manteremos um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

A equipe vai pedir para a secretaria municipal de saúde e a prefeitura municipal o apoio para o abastecimento das medicações que estes usuários precisam na farmácia.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientaremos 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.

Serão feitas palestras nos grupos de usuários com hipertensão e diabetes assim como falar nas consultas de HIPERDIA dos direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Será realizada atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

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

Na reunião da equipe falaremos sobre atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão e as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 2.6.

Será priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Existe a facilidade para oferecer medicação aos usuários nos grupos criados e técnica em farmácia com preparação profissional adequada, como dificuldade temos faltas na farmácia de medicamentos de alta demanda.

Ações 2.6

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitoraremos o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

O médico e a enfermeira vão monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Realizaremos controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manteremos um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

A equipe vai pedir para a secretaria municipal de saúde e a prefeitura municipal o apoio para o abastecimento das medicações que estes usuários precisam na farmácia.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Faremos palestras nos grupos de usuários com hipertensão e diabetes assim como falar nas consultas de HIPERDIA dos direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Será realizada atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

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

Na reunião da equipe vamos falar sobre atualização dos profissionais no tratamento da diabetes e as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 2.7.

Realizaremos avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

A facilidade é que temos odontologista em nossa equipe.

Ações 2.7

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitoraremos os usuários com hipertensão que necessitam de atendimento odontológico.

O médico vai monitorar se está sendo realizada pesquisa das doenças odontológicas nas consultas e visitas domiciliares.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizaremos a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos usuários provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Será elaborado em conjunto com a técnica de odontologia o cronograma de atendimento para usuários com hipertensão de acordo à prioridade dos usuários com complicações e descontrole da doença.

A equipe fará pesquisa das doenças odontológicas nas consultas e visitas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

A comunidade será orientada sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos usuários com hipertensão e diabetes.

Serão oferecidas palestras ao grupo de usuários com hipertensão e diabetes e a toda a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos usuários com hipertensão e diabetes.

Colaremos cartazes comunicativos na Unidade Básica de Saúde, escolas, indústrias, igrejas com temas em relação à saúde bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitaremos a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão.

Na reunião da equipe vamos falar a necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão e diabetes.

Meta 2.8.

Será realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

A facilidade é que temos odontologista em nossa equipe.

Ações 2.8

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitoraremos os usuários com diabetes que necessitam de atendimento odontológico.

O médico vai monitorar se está sendo realizada pesquisa das doenças odontológicas nas consultas e visitas domiciliares.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizaremos a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com diabetes; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos usuários provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Elaboraremos em conjunto com a técnica de odontologia o cronograma de atendimento para usuários com diabetes de acordo à prioridade dos usuários com complicações e descontrole da doença.

A equipe fará pesquisa das doenças odontológicas nas consultas e visitas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

A comunidade será orientada sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos usuários com hipertensão e diabetes.

Serão oferecidas palestras ao grupo de usuários com hipertensão e diabetes e a toda a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente destes grupos.

Colaremos cartazes comunicativos na Unidade Básica de Saúde, escolas, indústrias, igrejas com temas em relação à saúde bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A equipe será capacitada para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com diabetes.

Na reunião da equipe falaremos sobre a necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão e diabetes.

Objetivo 3:

Melhorar a adesão dos usuários do programa HIPERDIA.

Meta 3.1

Buscaremos 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na USF conforme a periodicidade recomendada.

Temos um atraso em consultas agendadas em 17% em usuários com hipertensão. A equipe tem todas as condições para fazer visitas domiciliares todas às semanas para buscar os faltosos e oferecer palestras sobre importância de realização de consultas. Organizaremos a agenda para acolher os usuários faltosos, tem dificuldades com a disposição de arquivos eletrônicos.

Ações 3.1

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Escreveremos de forma regular no registro de usuários e prontuários cada consulta e data para o novo atendimento, além disso, as agentes de saúde devem lembrar nas visitas os dias de acompanhamento para cada usuário e monitorar estes registros de forma sistemática para verificar se está sendo alcançada a meta estabelecida.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Serão organizadas visitas domiciliares para buscar os faltosos

Será organizada a agenda para acolher os usuários com hipertensão provenientes das buscas domiciliares.

As agentes de saúde farão visitas aos usuários faltosos à consulta.

Realizaremos cronograma para acolher os usuários com hipertensão provenientes das buscas domiciliares conjuntamente com as pessoas do arquivo, fiscalizado pelo médico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

A comunidade será escutada sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

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

Haverá palestras sobre importância do adequado acompanhamento nestas doenças, a periodicidade preconizada para a realização das consultas devendo ser estas ações um espaço de troca de experiências e discussão com a comunidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitaremos os ACS para a orientação de usuários com hipertensão quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Discutiremos nas reuniões da equipe sobre a abordagem adequada do ACS na orientação e estimulação dos usuários com hipertensão para adesão ao tratamento.

Meta 3.2

Buscaremos 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na USF conforme a periodicidade recomendada.

Temos um atraso em consultas agendadas em 17% de usuários com diabetes. A equipe tem todas as condições para fazer visitas domiciliares todas às semanas para buscar os faltosos e oferecer palestras sobre importância de realização de consultas. Organizaremos agenda para acolher os usuários faltosos, tem dificuldade com a disposição de arquivos eletrônicos.

Ações 3.2

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Escreveremos de forma regular no registro de usuários e prontuários cada consulta e data para o novo atendimento, além disso, as agentes de saúde devem lembrar nas visitas os dias de acompanhamento para cada usuário e monitorar estes registros de forma sistemática para verificar se está sendo alcançada a meta estabelecida.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Serão organizadas visitas domiciliares para buscar os faltosos

Será organizada a agenda para acolher os usuários com diabetes provenientes das buscas domiciliares.

As agentes de saúde farão visitas aos usuários faltosos à consulta.

Realizaremos cronograma para acolher os usuários com diabetes provenientes das buscas domiciliares conjuntamente com as pessoas do arquivo, fiscalizado pelo médico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

A comunidade será escutada sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

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

Ofereceremos palestras sobre importância do adequado acompanhamento nestas doenças, a periodicidade preconizada para a realização das consultas devendo ser estas ações um espaço de troca de experiências e discussão com a comunidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitaremos os ACS para a orientação de usuários com diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Discutiremos nas reuniões da equipe sobre a abordagem adequada do ACS na orientação e estimulação dos usuários com hipertensão para adesão ao tratamento.

Objetivo 4:

O registro da ação programática do HIPERDIA será melhorado.

Meta 4.1

Manteremos ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na USF.

Não temos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na realização de

exame complementar, a não avaliação de estratificação de risco, assim como pessoas disponíveis na recepção.

Ações 4.1

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitoraremos a qualidade dos registros de usuários com hipertensão acompanhados na unidade de saúde.

O médico e a enfermeira supervisionarão semanalmente os registros de acompanhamento do programa de HIPERDIA.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

As informações do SIAB serão atualizadas.

Implantaremos a ficha de acompanhamento.

Pactuaremos com a equipe o registro das informações.

Definiremos responsável pelo monitoramento dos registros.

Será organizado 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.

Toda a equipe será responsável por manter atualizadas as informações do SIAB.

Os profissionais do arquivo serão os responsáveis da ficha individual de todos os usuários com hipertensão.

A enfermeira e os técnicos de enfermagem devem fazer registro semanal dos usuários

A responsável pelo monitoramento dos registros será a enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Os usuários e a comunidade serão orientados sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Serão feitas palestras e assessoramento aos usuários e familiares sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se fosse necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitaremos à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários com hipertensão.

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

Ofereceremos assessoramento à equipe sobre preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento dos usuários com hipertensão assim como o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Meta 4.2.

A ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde será mantida.

Não temos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na realização de exame complementar, a não avaliação de estratificação de risco, assim como pessoas disponíveis na recepção.

Ações 4.2

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitoraremos a qualidade dos registros de usuários com diabetes acompanhados na unidade de saúde.

O médico e a enfermeira supervisionarão semanalmente os registros de acompanhamento do programa de HIPERDIA.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

As informações do SIAB serão atualizadas.

Implantaremos ficha de acompanhamento.

Pactuaremos com a equipe o registro das informações.

Será definido responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizaremos 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.

Toda a equipe será responsável por manter atualizadas as informações do SIAB.

Os profissionais do arquivo serão os responsáveis da ficha individual de todos os usuários com diabetes.

A enfermeira e os técnicos de enfermagem devem fazer registro semanal dos usuários

A responsável pelo monitoramento dos registros é a enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Serão feitas palestras e assessoramento aos usuários e familiares sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se fosse necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitaremos à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários com diabetes.

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

Ofereceremos assessoramento à equipe sobre preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento dos usuários com diabetes assim como o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Objetivo 5:

Será melhorada a avaliação de risco dos usuários.

Meta 5.1

Realizaremos estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Temos um 87% de usuários com hipertensão com avaliação de risco cardiovascular. A equipe tem todas as condições para fazer essa avaliação, a dificuldade é que temos usuários faltosos às consultas.

Ações 5.1

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Será monitorado o número de usuários com hipertensão com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Temos que fazer pelo menos uma vez por ano a estratificação de risco a nossos usuários, para isso, temos que primeiramente priorizar aos usuários que conhecemos que tem alto risco de doenças cardiovasculares, cerebrais, renais e de outros órgãos e sistemas de órgão que podem produzir complicações graves.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

A equipe priorizará o atendimento dos usuários com hipertensão de alto risco.

A equipe determinará um dia na semana para o seguimento dos usuários de alto risco.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

Orientaremos aos usuários na consulta sobre seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Além de fazer palestras falando do controle de fatores de risco modificáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A equipe será capacitada para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

A equipe será capacitada para a importância do registro desta avaliação.

A equipe será capacitada quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Vamos fazer também atividades de capacitação para toda a equipe de saúde sobre a realização de estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, a importância do registro desta avaliação e as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Meta 5.2.

Realizaremos estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Temos um 84% de usuários com diabetes com avaliação de risco cardiovascular. A equipe tem todas as condições para fazer essa avaliação, a dificuldade é que temos usuários faltosos às consultas.

Ações 5.2

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitoraremos o número de usuários com diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Temos que fazer pelo menos uma vez por ano a estratificação de risco a nossos usuários, para isso, temos que primeiramente priorizar aos usuários que conhecemos que tem alto risco de doenças cardiovasculares, cerebrais, renais e de outros órgãos e sistemas de órgão que podem produzir complicações graves.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

A equipe priorizará o atendimento dos usuários com diabetes de alto risco.

A equipe determinará um dia na semana para o seguimento dos usuários de alto risco.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

Orientaremos aos usuários na consulta sobre seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Além de fazer palestras falando do controle de fatores de risco modificáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A equipe será capacitada para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

A equipe será capacitada para a importância do registro desta avaliação.

A equipe será capacitada quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Vamos fazer também atividades de capacitação para toda a equipe de saúde sobre a realização de estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, a importância do registro desta avaliação e as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6:

Melhorar a promoção de saúde.

Metas 6.1

Garantiremos orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

A equipe poderá aumentar esta cobertura do dia-a-dia de trabalho nos quatro meses em que se dará a realização da intervenção aumentando a pesquisa ativa da população, elevando o número de consultas na semana, procurando os usuários faltosos a consulta. Em cada mês a equipe atende aproximadamente 75 usuários com hipertensão no programa de HIPERDIA, nos temos que elevar os atendimentos a uma cifra próxima aos 160 hipertensos.

Ações 6.1

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitoraremos a realização de orientação nutricional aos usuários com hipertensão.

O médico avaliará de forma periódica a orientação nutricional aos usuários com hipertensão e por todos os membros da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Será demandado junto ao gestor parcerias institucional para envolver nutricionistas nesta atividade.

A equipe organizará palestras sobre alimentação saudável e procurar que além da participação de todos os membros da equipe possam participar outros profissionais que possuam mais conhecimentos sobre o tema.

A equipe reservará um espaço de orientações individuais para os usuários nas consultas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientaremos hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Colocaremos informações em murais, cartaz, folhetos e livros na USF e na comunidade com informações sobre alimentação saudável e falar destes temas nas palestras.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Capacitaremos a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Capacitaremos e orientaremos a equipe nas reuniões para aumentar os conhecimentos sobre: práticas de alimentação saudável.

Meta 6.2.

Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

Ações 6.2

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Será monitorada a realização de orientação nutricional aos usuários com diabetes.

O médico avaliará de forma periódica a orientação nutricional aos usuários com diabetes e por todos os membros da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Serão organizadas práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

A equipe organizará palestras sobre alimentação saudável e procurar que além da participação de todos os membros da equipe possam participar outros profissionais que possuam mais conhecimentos sobre o tema.

A equipe reservará um espaço de orientações individuais para os usuários nas consultas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientaremos os usuários com diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Vamos colar informações em murais, cartaz, folhetos e livros na USF e na comunidade com informações sobre alimentação saudável e falar destes temas nas palestras.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Capacitaremos a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Capacitaremos e orientar a equipe nas reuniões para aumentar os conhecimentos sobre: práticas de alimentação saudável.

Meta 6.3

Será garantida a orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão.

Ações 6.3

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A realização de orientação para atividade física regular aos usuários com hipertensão será monitorada.

O médico avaliará de forma periódica a orientação da realização de atividade física regular aos usuários com hipertensão e por todos os membros da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizaremos práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

A equipe deve organizar palestras sobre realização de atividade física regular e procurar que além da participação de todos os membros da equipe possam participar outros profissionais que possuam mais conhecimentos sobre o tema.

A equipe deve reservar um espaço de orientações individuais para os usuários nas consultas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Os usuários com hipertensão e a comunidade serão orientados sobre a importância da prática de atividade física regular.

Serão colocadas informações em murais, cartaz, folhetos e livros na USF e na comunidade com informações sobre a importância da prática de atividade física regular e falar destes temas nas palestras.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A equipe da unidade de saúde será capacitada sobre a promoção da prática de atividade física regular.

A equipe da unidade de saúde será capacitada sobre metodologias de educação em saúde

Capacitaremos e orientaremos a equipe nas reuniões para aumentar os conhecimentos sobre prática de atividade física regular.

Meta 6.4

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

Ações 6.4

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitoraremos a realização de orientação para atividade física regular aos usuários com diabetes.

O médico avaliará de forma periódica a orientação da realização de atividade física regular aos usuários com diabetes e por todos os membros da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizaremos práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

A equipe organizará palestras sobre realização de atividade física regular e procurar que além da participação de todos os membros da equipe possam participar outros profissionais que possuam mais conhecimentos sobre o tema.

A equipe reservará um espaço de orientações individuais para os usuários nas consultas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientaremos usuários com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Serão colocadas informações em murais, cartaz, folhetos e livros na USF e na comunidade com informações sobre a importância da prática de atividade física regular e falar destes temas nas palestras.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A equipe da unidade de saúde será capacitada sobre a promoção da prática de atividade física regular.

A equipe da unidade de saúde será capacitada sobre metodologias de educação em saúde.

Capacitaremos e orientaremos a equipe nas reuniões para aumentar os conhecimentos sobre prática de atividade física regular.

Meta 6.5

Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

Ações 6.5

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Será monitorada realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com hipertensão.

O médico avaliará de forma periódica a orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e por todos os membros da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

A equipe organizará palestras sobre os riscos do tabagismo assim como demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientaremos os usuários tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Colocaremos informações em murais, cartaz, folhetos e livros na USF e na comunidade com informações sobre a importância do abandono do hábito de fumar e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A equipe será capacitada para o tratamento de usuários tabagistas.

A equipe será capacitada sobre metodologias de educação em saúde.

Será capacitada e orientada a equipe nas reuniões para aumentar os conhecimentos sobre: os riscos do habito de fumar, o tratamento de usuários tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde.

Meta 6.6

Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

Ações 6.6

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitoraremos a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com diabetes.

O médico avaliará de forma periódica a orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com diabetes e por todos os membros da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

A equipe organizará palestras sobre os riscos do tabagismo assim como demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientaremos os usuários diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Colocaremos informações em murais, cartaz, folhetos e livros na USF e na comunidade com informações sobre a importância do abandono do habito de fumar e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A equipe será capacitada para o tratamento de usuários tabagistas.

A equipe da unidade de saúde será capacitada sobre metodologias de educação em saúde.

Capacitará e orientará a equipe nas reuniões para aumentar os conhecimentos sobre: os riscos do habito de fumar, o tratamento de usuários tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde.

Meta 6.7

Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

Ações 6.7

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitoraremos a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários com hipertensão.

O médico avaliará de forma periódica a orientação sobre higiene bucal aos usuários com hipertensão por todos os membros da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Será organizado o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

A equipe organizará o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientaremos os usuários com hipertensão e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Colocaremos informações em murais, cartaz, folhetos e livros na USF e na comunidade com informações sobre a importância da higiene bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A equipe será capacitada para oferecer orientações de higiene bucal.

Haverá capacitação e orientação para a equipe nas reuniões para aumentar os conhecimentos sobre higiene bucal.

Meta 6.8

Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

Ações 6.8

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitoraremos a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários com diabetes.

O médico avaliará de forma periódica a orientação sobre higiene bucal aos usuários com diabetes por todos os membros da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

A equipe organizará o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientaremos os usuários com diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Serão colocadas informações em murais, cartaz, folhetos e livros na USF e na comunidade com informações sobre a importância da higiene bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitaremos a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Capacitaremos e orientaremos a equipe nas reuniões para aumentar os conhecimentos sobre higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de detecção precoce de usuários com hipertensão e diabetes da Unidade Básica de Saúde Doutor Chico Costa

Metas:

Cadastrar 80% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Cadastrar 80% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicadores:

1.1. Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com hipertensão 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 usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

1.2. Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários diabetes 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 usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento prestado aos usuários com hipertensão e diabetes cadastrados no programa.

Metas:

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

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

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

2.5 Realizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

2.6 Realizar Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

Indicadores:

2.1. Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

2.2. Proporção de usuários com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

Numerador: Número total de usuários com hipertensão com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

Numerador: Número total de usuários com diabetes com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão e diabetes com prescrição de medicamentos.

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

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

Denominador: Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos.

2.7. Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

2.8. Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários do programa HIPERDIA

Metas:

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

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

Indicadores:

3.1. Proporção de usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

3.2. Proporção de usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro da ação programática do HIPERDIA.

Metas:

4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na USF.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicadores:

4.1. Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

4.2. Proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Melhorar a avaliação de risco dos usuários.

Metas:

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

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

Indicadores:

5.1. Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

5.2. Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Melhorar o registro da ação programática do HIPERDIA

Metas:

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

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

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

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

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

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

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

Indicadores:

6.1. Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

6.2. Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

6.3. Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

6.4. Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

6.5. Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

6.6. Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

6.7. Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

6.8. Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção às pessoas com HAS e/ou DM vamos adotar os Manuais Técnicos de Atenção para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde de 2013. Em nossa unidade só temos um exemplar do manual e vamos precisar um para cada integrante da equipe, o que é importante para a preparação e desenvolvimento das ações. Temos também o apoio da gestão que vai proporcionar e providenciando os materiais a utilizar na intervenção.

A análise situacional e a definição do foco para a intervenção foram discutidas com a equipe da USF, o primeiro passa para a intervenção, será a capacitação de todos os profissionais da USF sobre o manual técnico de Atenção de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para que toda a equipe utilize esta referência na atenção destes usuários. Esta capacitação ocorrerá na própria USF, com duração de uma hora mensal, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Neste momento também serão definidas as atribuições de cada membro da equipe nas ações pactuadas. Cada membro da equipe estudará uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Temos prevista a abordagem dos temas para toda a equipe: exame físico e rastreamento de sinais de alarme nos usuários diabéticos e hipertensos; seguimento aos usuários diabéticos e hipertensos; diagnóstico precoce das complicações; importância da saúde bucal nestes usuários, sobre as alternativas para obter acesso

a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, para o preenchimento adequado de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético e sobre a importância desta ação, sobre a estratificação do risco cardiovascular, quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Os agentes comunitários de saúde serão capacitados para o cadastramento dos usuários diabéticos e hipertensos de toda área de abrangência, para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

A equipe de saúde será capacitada para verificação da pressão arterial de forma criteriosa e para realização do hemoglicoteste. Os médicos e enfermeiros serão capacitados para a realização de exame clínico apropriado e para solicitação de exames complementares. Para estas atividades faremos apresentações para o qual será usado o computador do médico. A equipe tem planejado convidar o cardiologista do município, o nutricionista, o educador físico e o podologista do centro de reabilitação do município para contribuir com estas capacitações. E será disponibilizada versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Para organizar o registro específico do programa a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários diabéticos e hipertensos que vieram ao serviço para consulta de HIPERDIA nos últimos três meses. A enfermeira localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento verificando a situação de consultas em atraso, exames clínicos dos pés, estado dos pulsos tibial posterior e pedioso, medida de sensibilidade dos pés (dos usuários diabéticos), exames complementares periódicos em dia, estratificação risco cardiovascular por critério clínico, saúde bucal, orientação nutricional para alimentação saudável, orientação sobre prática de atividade física regular, avaliação da saúde bucal em dia e orientações sobre os riscos do tabagismo. Esta rotina será mantida durante toda a intervenção, em que as informações registradas nos prontuários serão transcritas para as fichas espelho. E através deste registro nas fichas espelho, serão gerados alertas sobre as ações em atraso. A enfermeira será a responsável pelo preenchimento das informações nos formulários.

Para o monitoramento mensal da intervenção a equipe contará com a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso. As informações das fichas espelho serão transcritas pelo médico para a planilha que gerará os cálculos referentes a cada indicador avaliado. Será monitorada a realização de exame clínico

apropriado, o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo e com a periodicidade recomendada, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico, o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, assim como o número de usuários com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, assim como a realização de orientação nutricional, para atividade física regular, sobre riscos do tabagismo, de orientação sobre higiene bucal.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos diabéticos e hipertensos identificando aqueles que com alguma ação em atraso. As agentes de saúde farão busca ativa de todos os usuários em atraso, estima-se 12 por semana totalizando 48 por mês. Ao fazer a busca já agendará aos usuários para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha-espelhos serão consolidados em meu registro.

Para viabilizar o acolhimento dos hipertensos e diabéticos a equipe deverá garantir o cadastramento oportuno no Programa. A equipe poderá aumentar esta cobertura do dia-a-dia de trabalho aumentando a pesquisa das doenças na população, elevando o número de consultas na semana e procurando os usuários faltosos à consulta. Normalmente a equipe atende aproximadamente 75usuárioshipertensos e 20 diabéticos por mês, e os profissionais acreditam que será suficiente elevar os atendimentos para aproximadamente 160 hipertensos e 60 diabéticos por mês. Nos dos dias de atendimento do programa HIPERDIA também haverá atendimento do dentista para estes usuários. A agenda de saúde bucal será organizada pelos profissionais da saúde bucal, garantindo horários para avaliação da necessidade de tratamento de saúde bucal, e para as consultas quando for detectada esta necessidade.

Para acolher a demanda dos usuários diabéticos e/ou hipertensos, incluindo os provenientes da busca ativa, há necessidade de alterar a organização das consultas do grupo HIPERDIA, reservando dois turnos semanais de atendimento para esses usuários. Serão destinadas 12 vagas para cada turno de atendimento, deixando quatro vagas para o atendimento de quadros agudos destes doentes. O tempo médio das consultas será 15 minutos aproximadamente, devendo cada profissional reservar um momento nestas consultas para as orientações

individuais de controle dos fatores de risco modificáveis, para a classificação do risco e para a solicitação dos exames complementares. Será priorizado o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Todos os usuários sairão do posto de saúde com a próxima consulta agendada.

Cada membro da equipe será responsável pelo acolhimento que ocorrerá na USF e nas visitas domiciliares: as agentes comunitárias de saúde farão o acolhimento nas visitas no dia-a-dia; as técnicas de enfermagem farão o rastreamento das alterações em níveis pressóricos e valores de glicemia capilar; o odontólogo fará o acolhimento acompanhado pela técnica de saúde; o médico e enfermeira farão o acolhimento em consultas individuais. É uma potencialidade neste acolhimento o fato da equipe ter disponível o material adequado para a aferição da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste.

A equipe irá discutir com o gestor sobre a necessidade de agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e parcerias institucionais para envolver nutricionistas, educadores físicos e outros profissionais nas atividades de promoção da saúde do grupo Hiperdia, e a compra de medicamentos que auxiliem o processo de abandono do tabagismo. Neste contato também será solicitada a disponibilização de todas as fichas espelho necessárias, no mínimo 900 fichas.

Será realizado pelo profissional responsável pela dispensação das medicações o controle de estoque de medicamentos, com registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Para sensibilizar a comunidade faremos contato com os líderes ou representantes da comunidade na escola, igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da qualificação do atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos. Solicitaremos apoio da comunidade, fundamentalmente à família, no sentido de ampliar a captação e participação destes usuários no grupo comunitário da área, e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. A equipe tem previsto fazer este contato bem no início da intervenção, sendo a principal responsável a enfermeira, que organizará estas ações uma vez ao mês, na escola perto da USF. Não serão utilizados recursos audiovisuais, apenas conversas com a comunidade.

As ações de promoção da saúde serão voltadas para a orientação sobre a existência do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e orientar a comunidade sobre os fatores de risco das doenças, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, quanto à necessidade de realização de consultas e exames complementares e periodicidade adequada, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos pela Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se for necessário, sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal especialmente os hipertensos e diabéticos, sobre a importância de adesão ao tratamento, quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis. Nesses momentos a comunidade será ouvida sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes.

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses na área da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) 109 no município Mossoró, participarão da intervenção como público alvo, todas as pessoas com 20 anos ou mais, com diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes e residentes na área de abrangência da unidade básica de saúde (USF).

As ações realizadas serão baseadas nos Cadernos de Atenção Básica n. 36 Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013a) e Cadernos de Atenção Básica n. 37 Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013b) e no protocolo municipal do programa de HIPERDIA.

Por tanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas, estas últimas norteadas por quatro eixos organizativos: monitoramento e avaliação, engajamento público, qualificação da prática clínica, e organização e gestão do serviço. . As atividades realizadas com cada usuário atendido serão registradas no prontuário clínico individual cumprindo com o regulamentado no comitê de ética (ANEXO A). O cadastro dos hipertensos e diabéticos no programa será registrado na planilha de coleta de dados (ANEXO B),

assim como os dados obtidos na avaliação das fichas espelho (ANEXO C), para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores será utilizado o CAP (ANEXO D). Respeitando o termo de responsabilidade de uso de fotografias (ANEXO E).

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Chegando ao final da intervenção cujo foco foi a ação programática HAS e DM na Unidade Dr. Chico Costa, temos que dizer que a equipe ficou com grande satisfação e felicidade, pois percebemos os resultados de nossos esforços.

Quando planejamos a intervenção ficamos sabendo que o trabalho seria difícil e precisava de muita dedicação; mas ao começar foi difícil mesmo, pois a todos tínhamos muitas dúvidas e a população além de falar que gostava mostrava pouca confiança, pois nunca tinham participado em algo assim. Embora ficamos calmos, porque nossa caminhada tinha propósitos muito definidos e os resultados que íamos obter seriam benéficos para melhorar a qualidade do trabalho na Unidade e a qualidade de vida de nossos usuários.

Para desenvolver nossa intervenção primeiro foi definido nosso foco de intervenção assim como os objetivos e metas a cumprir, foi realizado um cronograma onde definimos todas as atividades a realizar no decorrer da intervenção e foram desenhadas as fichas onde seriam preenchido os dados dos usuários a serem cadastrados. Foi previsto o material adequado para a tomada da pressão arterial (esfigmomanometro, manguitos), glicômetro para a tomada da glicose assim como fita métrica, balança e material odontológico para o resto do exame dos usuários, foram ajustados os cronogramas de atendimentos do medico e do dentista para dedicar mais tempo ao atendimento do programa de HIPERDIA.

No começo da intervenção foram realizadas atividades importantes previstas no cronograma como providenciamos a versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde; foi discutido o projeto da intervenção com a gestora para

mobilizar ações que dependiam dela foi solicitado garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e glicemia capilar, a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" e agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Também foram capacitados os profissionais da equipe sobre diferentes aspectos do protocolo, para verificação da pressão arterial e da glicemia capilar de forma criteriosa, para a realização de exame clínico apropriado, para a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, metodologias de educação em saúde, entre outros temas, foram capacitadas as Agentes de Saúde para o cadastramento dos usuários com HAS e DM de toda área de abrangência da equipe. Foi estabelecido o papel de cada profissional. Foram criados os impressos e arquivos a ser utilizados. Foi realizado um contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da atenção ao usuário com hipertensão e diabetes, onde solicitamos apoio para a captação deles e para as demais estratégias que seriam realizadas. Felizmente nossos encontros foram realizados seguem o cronograma com assistência e motivação. Contamos com todo o apoio de toda a equipe como facilidades.



Figura 2: Reunião de equipe para capacitação no desenvolvimento das ações.

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas satisfatoriamente e os resultados da intervenção são uma mostra disso. Nossos objetivos e metas foram devidamente cumpridos embora não atingimos o 80% como foi planejado, pois o

atendimento clínico completo foi realizado a todos os usuários cadastrados nos dias de atendimentos planejados, oferecendo acolhimento adequado aos usuários alcançando uma cobertura de usuários com hipertensão e diabetes de 72,8% e 68,5% respectivamente, contando com a facilidade de uma equipe completa com muita responsabilidade na hora do cumprimento do seu papel. Melhoramos a qualidade da atenção a usuários com HAS e/ou DM, pois 100% dos usuários cadastrados foram avaliados para a necessidade de atendimento odontológico, tivemos dificuldade com a realização de exames complementares de acordo com o protocolo que ficou em 61,0% nos usuários com hipertensão e 65,5% nos usuários com diabetes além de ser solicitados a todos os usuários que precisavam mais infelizmente não todos tiveram a oportunidade de realizar os mesmos por as dificuldades que existem no município neste aspecto devido ao excesso de demanda e a carência de materiais e equipes de laboratório, embora a gestão se esforçou muito para ajudar neste aspecto. Foi possível aumentar a adesão dos usuários com HAS e/ou DM ao programa devido ao trabalho realizado por as Agentes de Saúde na busca dos usuários faltosos a consulta. Houve atualização do registro, ficha de acompanhamento e dos prontuários em 100% da população alvo cadastrada no programa ao longo da intervenção (Figura 3). Foi realizado o exame clínico completo e a estratificação de risco cardiovascular em 100% dos usuários atendidos. Outro resultado favorável foi que em 100% dos usuários cadastrados recebeu orientação para alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal. Tivemos pequena dificuldade na hora de prescrever as medicações de farmácia popular, mas conseguimos 99,4% nos usuários com HAS e nos usuários com DM devido ao déficit existente no município na hora de abastecer as farmácias com as medicações preconizadas pelo SUS.



Figura 3: Registro da aferição da pressão arterial e preenchimento dos impressos.

Também realizamos atividades como grupo de usuários com hipertensão e diabetes (Figura 4) que foram muito proveitosos para nossos usuários, pois adquiriram conhecimentos importantes para o cuidado de suas doenças, assim como atividades de orientação à comunidade onde logramos orientar sobre a prevenção e cuidado destas doenças tanto aos usuários saudáveis como aos portadores das mesmas.



Figura 4: Atividade educativa com grupo de usuários hipertensos e diabéticos.

Houve algumas dificuldades na hora do preenchimento e fechamento das planilhas de coletas de dados assim como o cálculo dos indicadores que foram resolvidas graças à ajuda da minha orientadora durante o caminho.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não houve nenhuma ação não desenvolvida.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Houve algumas dificuldades na hora do preenchimento e fechamento das planilhas de coletas de dados assim como o cálculo dos indicadores que foram resolvidas graças à ajuda da minha orientadora. Por exemplo, não sabíamos que os indicadores que fossem recuperados depois da primeira consulta tinham que ser colocados na planilha, também na hora de calcular os indicadores fizemos errado. Porém logo conseguimos corrigir.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Quanto à análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, considero que foi uma idéia maravilhosa, já que todos os resultados obtidos serão mantidos, vamos manter a união na equipe para a atenção a população e fundamentalmente os usuários e comunidade em geral vão ter atenção biológica e social para a prevenção e tratamento das doenças e possíveis seqüelas. Para isso a equipe vai continuar com o mesmo cronograma de atendimento do programa de HIPERDIA e vai ficar monitorando os casos faltosos a consulta para continuar a busca ativa, trabalhar e fazer um esforço incansável para lograr a realização de exames complementares de acordo com o protocolo a todos os usuários do programa com maior ajuda pela gestão, continuar na capacitação da equipe para melhorar os atendimentos ao grupo de hipertensos e diabéticos que agora está incorporado à rotina do posto e serão realizadas às últimas quintas-feiras do mês, as reuniões de equipe agora são realizadas quinzenalmente nas segundas-feiras, assim como a agenda do dentista ficou organizada para que todas as semanas tenham um dia para o atendimento dos hipertensos e diabéticos e a equipe continuará monitorando resultados para providências frente a quaisquer problemas.

4. Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção realizada promoveu a melhoria da atenção à saúde nos usuários com hipertensão e diabetes pertencentes à USF Dr. Chico Costa, no município de Mossoró, RN. Na área adstrita à UBS existe um total de 698 usuários com Hipertensão e 254 com e diabetes. Após o término do período da intervenção de 16 semanas serão avaliados os resultados obtidos.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de detecção precoce de usuários com hipertensão e diabetes da Unidade Básica de Saúde Doutor Chico Costa.

Meta 1.1

Cadastrar 80% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1

Cobertura do programa de atenção aos usuários com hipertensão na unidade de saúde.

Na área adstrita à minha USF a população alvo foi de 698 usuários com hipertensão, desses, foram acompanhados 508 durante a intervenção alcançando ao final da intervenção uma cobertura de 72,8% que ficou abaixo da meta proposta pela equipe. Destaca-se que a evolução desse indicador foi boa, visto que no 1º mês foram atendidos 83 hipertensos, um percentual de 11,9%; no 2º mês foram atendidos 222 usuários com hipertensão, um percentual de 31,8%; no 3º mês foram atendidos 435 usuários com HAS, um percentual de 62,3%; e no 4º mês foram atendidos 508 usuários com hipertensão chegando até 72,8% de cobertura.

Auxiliaram no aumento da cobertura do Programa de Atenção à Saúde dos usuários com hipertensão o acompanhamento dos dados previamente coletados e

os registros nas fichas espelho dos usuários cadastrados; o rastreamento da hipertensão em indivíduos com mais de 18 anos; as atividades com a comunidade para orientações sobre a ação programática e orientações durante as consultas clínicas de rotina para toda a população; as capacitações e todo o esforço da equipe de saúde para realização do cadastramento. A ação que auxiliou no sucesso deste indicador foi a busca ativa dos faltosos pelos agentes comunitários de saúde, e o adequado cadastramento por todos profissionais da equipe.

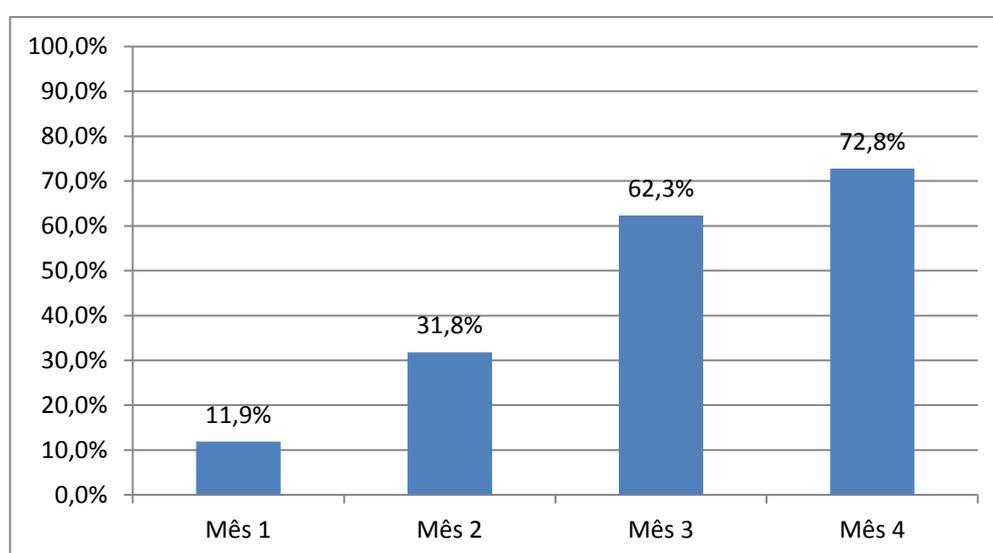


Figura 5: Proporção de usuários com hipertensão cadastrados na USF Dr. Chico Costa, 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde.

Na área adstrita à minha USF a população alvo é de 254 usuários com diabetes, desses foram acompanhados 174 na ação programática, alcançando ao final da intervenção uma cobertura de 68,5%, pelo que não se cumpriu a meta proposta pela equipe. Destaca-se que a evolução desse indicador foi boa além de não atingir a meta proposta, visto que no 1º mês foram atendidos 20 usuários com diabetes, um percentual de 7,9%; no 2º mês foram atendidos 51 diabéticos, um percentual de 20,1%; no 3º mês foram atendidos 156 usuários com diabetes para

um 61,4% e no 4º mês foram atendidos 174 usuários com diabetes para um percentual de 68,5%.

Auxiliaram no aumento da cobertura do Programa de Atenção à Saúde dos usuários com diabetes o acompanhamento dos dados previamente coletados e os registros dos usuários cadastrados; rastreamento da diabetes em usuários com mais de 18 anos com fatores de risco para a doença; as atividades com a comunidade para orientações sobre a ação programática e orientações durante as consultas clínicas de rotina para toda a população; e as capacitações com toda a equipe de saúde para realização do cadastramento.

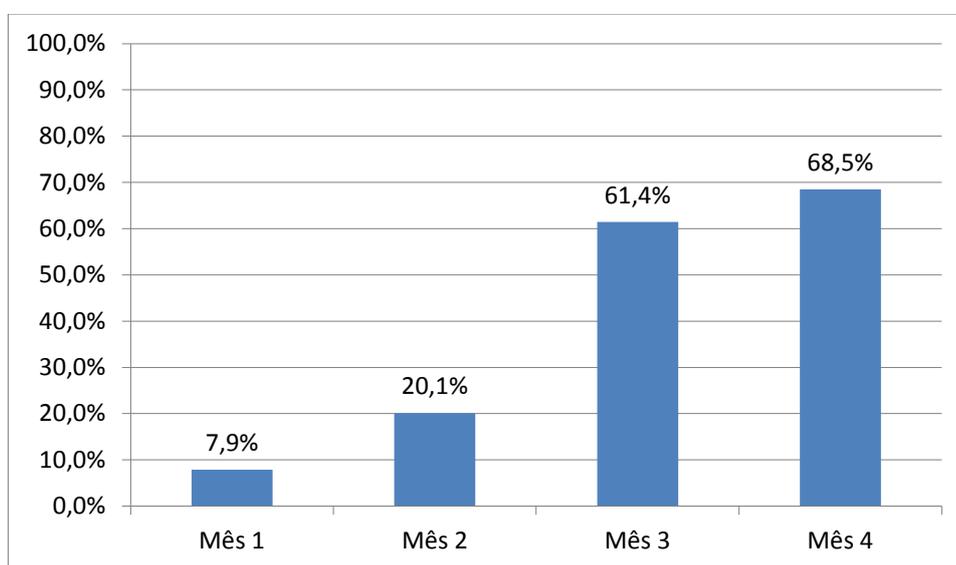


Figura 6: Proporção de usuários com diabetes cadastrados na USF Dr. Chico Costa, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento prestado aos usuários com hipertensão e diabetes cadastrados no programa.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados.

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

A evolução desse indicador foi boa. No 1º mês dos 83 usuários com hipertensão cadastrados 83 teve exame clínico em dia, um percentual de 100%. No 2º mês dos 222 usuários com hipertensão cadastrados, 100% tiveram exame clínico em dia. No 3º mês dos 435 usuários com hipertensão cadastrados, e no 4º mês 508

usuários com hipertensão tiveram o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, um percentual de 100%.

As principais ações que ajudaram para o alcance dos resultados foram: definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com hipertensão e capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes cadastrados.

Indicador 2.2: Proporção de usuários com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

A evolução desse indicador foi boa. No 1º mês dos 20 usuários com diabetes cadastrados, 20 teve exame clínico em dia, um percentual de 100%. No 2º mês dos 51 usuários com diabetes cadastrados, 51 teve exame clínico em dia, um percentual de 100%. No 3º mês dos 156 usuários com diabetes cadastrados e no 4º mês 100% dos 174 usuários com diabetes tiveram o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

As principais ações que ajudaram para o desenvolvimento dos resultados foram: definição das atribuições dos profissionais da equipe no exame clínico de usuários com diabetes e capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Meta 2.3: Garantir aos 100% dos usuários com hipertensão cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de usuários com hipertensão com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No 1º mês dos 83 usuários com hipertensão cadastrados, 40 deles tiveram os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, um percentual de 48,2%. No 2º mês dos 222 usuários com hipertensão cadastrados, 105 deles tiveram exames complementares em dia de acordo com o protocolo, um percentual de 47,3%. No 3º mês dos 435 usuários com hipertensão cadastrados, 246 deles tiveram exames complementares em dia de acordo com o protocolo, um percentual de 56,6%. E no 4º mês dos 508 usuários com hipertensão cadastrados, 310 tiveram

exames complementares em dia de acordo com o protocolo, um percentual de 61,0%.

Esta meta não foi cumprida na totalidade por dificuldades com a realização dos exames complementares no município devido ao excesso na demanda e ao déficit de recursos. As principais ações na equipe que auxiliaram ainda assim no aumento progressivo deste indicador foram: capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e orientação dos usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, além do apoio prestado pela gestora.

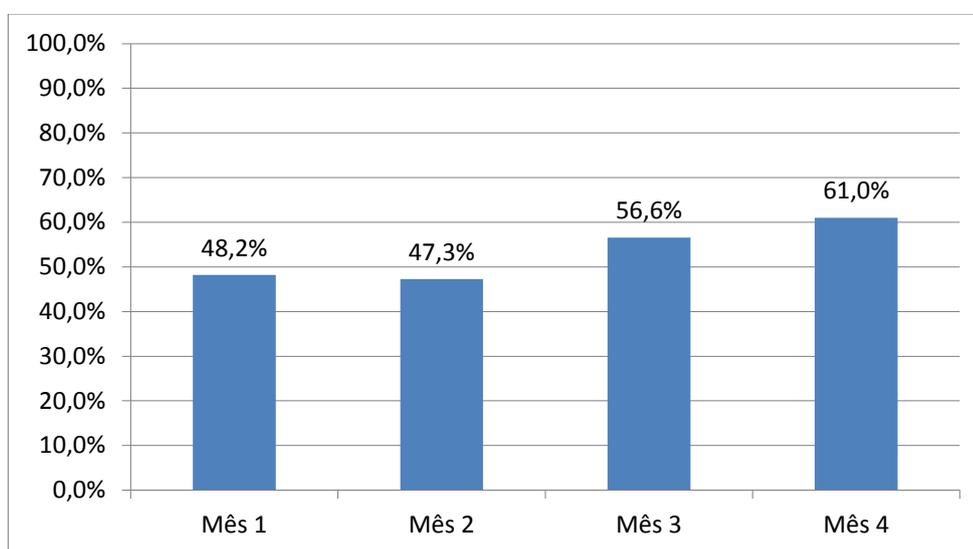


Figura 7: Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia na USF Dr. Chico Costa, 2015.

Meta 2.4: Garantir aos 100% dos usuários com diabetes cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

No 1º mês dos 20 usuários com diabetes cadastrados, 11 deles tinham exames complementares em dia de acordo com o protocolo, um percentual de 55,0%. No 2º mês dos 51 usuários com diabetes cadastrados, 24 tinham exames complementares em dia de acordo com o protocolo, um percentual de 47,1%. No 3º mês dos 156 usuários com diabetes cadastrados, 99 deles tinham exames complementares em dia de acordo com o protocolo, um percentual de 63,5%. E no

4º mês dos 174 usuários com diabetes cadastrados, 114 tinham exames complementares em dia de acordo com o protocolo, um percentual de 65,5%.

Esta meta não foi cumprida na totalidade por dificuldades com a realização dos exames complementares no município devido ao excesso na demanda e ao déficit de recursos. As principais ações que ainda assim auxiliaram no aumento progressivo do indicador foram: capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e orientação dos usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, além do apoio prestado pela gestora.

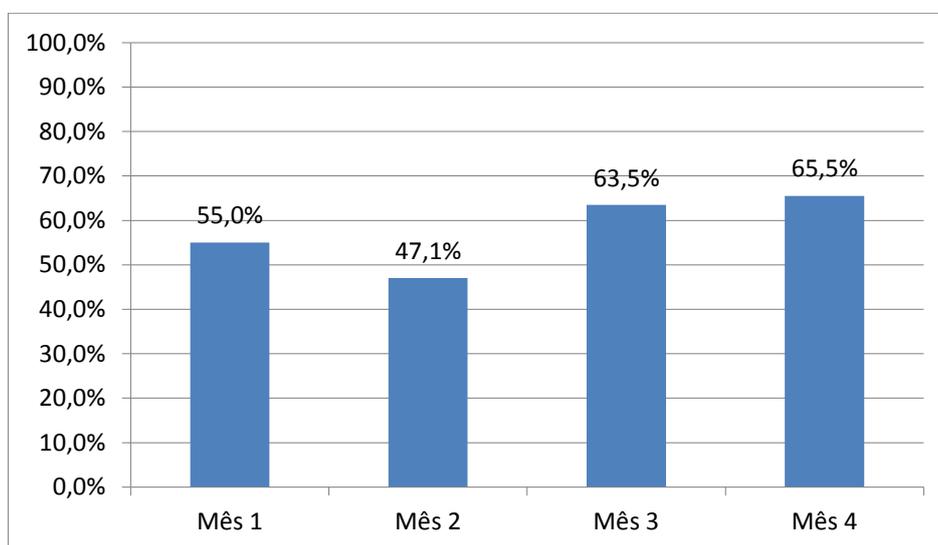


Figura 8: Proporção de Diabéticos com exames complementares em dia na USF Dr. Chico Costa, 2015.

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

Indicador 2.5: Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

A respeito desse indicador, no 1º mês 75 usuários com hipertensão atendidos usavam medicamentos da farmácia popular, uma proporção de 94,9%. No 2º mês 199 usuários com hipertensão atendidos usavam medicamentos da farmácia popular, uma proporção de 94,3%. No 3º mês 416 usuários com hipertensão

atendidos usavam medicamentos da farmácia popular, uma proporção de 99,3%. E no 4º mês 489 usuários com hipertensão atendidos usavam medicamentos da farmácia popular, uma proporção de 99,4%.

Esta meta não foi alcançada integralmente porque há um déficit de algumas medicações no município, e há outras medicações prescritas que não são preconizadas pelo SUS. Ainda assim este indicador terminou com um bom resultado porque há preferência por prescrição de medicamentos incluídos na Farmácia Popular/Hiperdia. Também colaborou para isso o registro adequado do tratamento no prontuário e na ficha espelho; o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, o registro das necessidades de medicamentos dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde, a atualização do profissional no tratamento da hipertensão, a orientação aos usuários e à comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, além da ajuda da gestão municipal de saúde.

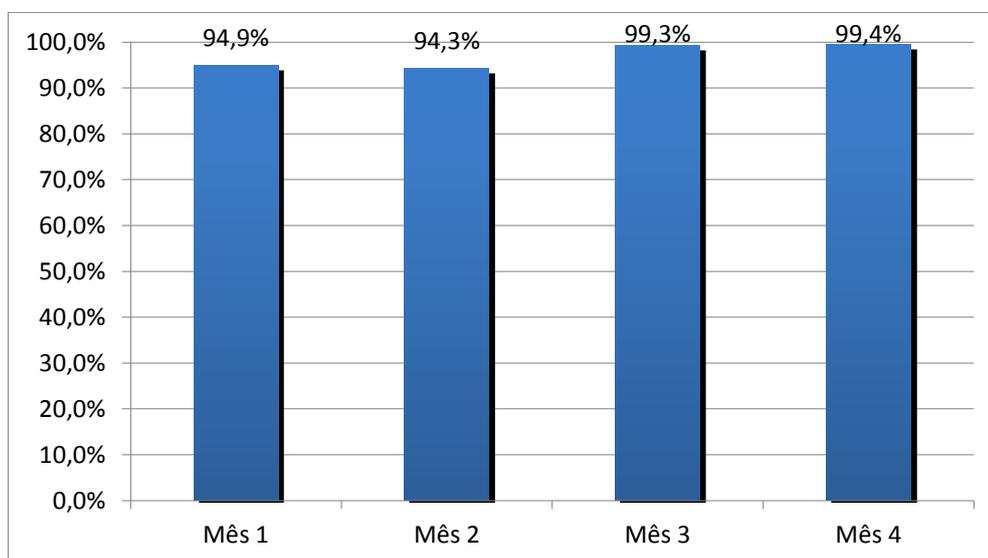


Figura 9: Proporção de Hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na USF Dr. Chico Costa, 2015.

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

Indicador 2.6: Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

No 1º mês 18 usuários com diabetes atendidos usavam medicamentos da farmácia popular, um percentual de 90,0%. No 2º mês 47 usuários com diabetes atendidos usavam medicamentos da farmácia popular, um percentual de 95,9%. No 3º mês 153 usuários com diabetes atendidos usavam medicamentos da farmácia popular, um percentual de 99,4%. E no 4º mês 171 usuários com diabetes atendidos usavam medicamentos da farmácia popular, um percentual de 99,4%.

Esta meta não foi cumprida integralmente devido ao déficit no município com algumas medicações que não cobrem a demanda, além de outras que não são preconizadas pelo SUS. Ainda assim o aumento progressivo da meta foi possível, graças à prescrição preferencial de medicamentos incluídos na Farmácia Popular/Hiperdia, e registro adequado do tratamento no prontuário e na ficha espelho, ao controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, ao registro das necessidades de medicamentos dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde, à atualização do profissional no tratamento da DM, à orientação aos usuários e da comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, além da ajuda da gestão municipal de saúde.

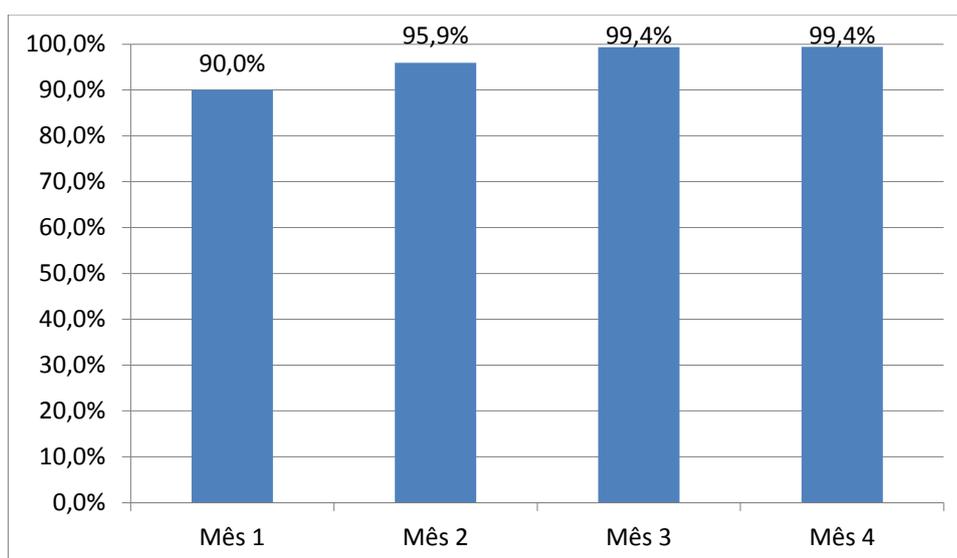


Figura 10: Proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na USF Dr. Chico Costa, 2015.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados.

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

A evolução desse indicador foi muito boa, pois todos os usuários com hipertensão cadastrados foram avaliados para a necessidade de atendimento odontológico sendo alcançada mensalmente a meta de 100%. No primeiro mês foram avaliados 83 usuários com hipertensão, no segundo mês foram avaliados 222 usuários com hipertensão, no terceiro mês foram avaliados 435 usuários com hipertensão e no quarto mês foram avaliados 508 usuários com hipertensão. As ações que mais auxiliaram no alcance da meta foram: capacitação da equipe sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão, principalmente realizados pela dentista, médico e enfermeira, orientação da comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal nos usuários com hipertensão, assim como a readequação do horário do dentista para dar prioridade a estes usuários.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes cadastrados.

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

A evolução desse indicador foi muito boa, pois todos os usuários com diabetes cadastrados foram avaliados para a necessidade de atendimento odontológico sendo alcançada mensalmente a meta de 100%. No primeiro mês foram avaliados 20 usuários com diabetes, no segundo mês foram avaliados 51 usuários com diabetes, no terceiro mês foram avaliados 156 usuários com diabetes e no quarto mês foram mantidos os 174 usuários com diabetes.

As ações que mais auxiliaram no alcance da meta foram: capacitação da equipe sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos, orientação da comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal nos usuários com diabetes, assim como a readequação do horário do dentista para dar prioridade a os usuários.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de usuários com HAS e/ou DM ao programa.

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

Indicador 3.1: Proporção de usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com busca ativa.

A evolução desse indicador também foi ótima, pois todos os usuários com hipertensão faltosos à consulta foram buscados pelo serviço e este indicador ficou em 100% no decorrer da intervenção, no primeiro mês tivemos 29 usuários com hipertensão faltosos a consulta e o 100% foi buscado; no segundo mês tivemos 77 usuários com hipertensão faltosos a consulta e também o 100% foi buscado, no terceiro mês tivemos 124 usuários com hipertensão faltosos a consulta e no quarto houve 131 usuários com hipertensão faltosos a consulta os que também foram buscados nos 100%.

As principais ações que contribuíram adequadamente foram: identificação do atraso nas consultas pelo monitoramento periódico ou pela identificação nas visitas domiciliares, organização da agenda para acolher os usuários com hipertensão provenientes das buscas domiciliares, disposição de horários para atendimento clínico ou acolhimento, capacitação das agentes de saúde para a orientação de usuários com hipertensão quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

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

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

A evolução desse indicador também foi ótima, pois em todos os usuários com diabetes que estavam faltosos a consulta foi buscada pelo serviço, e este indicador ficou em 100% no decorrer da intervenção No primeiro mês tivemos sete usuários com diabetes faltosos a consulta e o 100% foi buscado; no segundo mês tivemos 19 usuários com diabetes faltosos a consulta e também o 100% foi buscado, no terceiro mês tivemos 35 usuários com diabetes faltosos a consulta e no quarto houve 36 usuários com diabetes faltosos a consulta os que também foram buscados no 100%.

As principais ações que contribuíram adequadamente foram: identificação do atraso nas consultas pelo monitoramento periódico ou pela identificação nas visitas

domiciliares, organização da agenda para acolher os usuários com diabetes provenientes das buscas domiciliares, disposição de horários para atendimento clínico ou acolhimento, capacitação das agentes de saúde para a orientação de usuários com diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

No primeiro mês 83 usuários com hipertensão tinham registro adequado na ficha de acompanhamento, um percentual de 100%. No 2º mês 222 usuários com hipertensão tinham registro adequado na ficha de acompanhamento, um percentual de 100%. No 3º mês 435 e no 4º mês 508 tinha registro adequado na ficha de acompanhamento, um percentual de 100%. Portanto, em todos os meses da intervenção os usuários tiveram o registro adequado na ficha de acompanhamento.

Dentro das ações que ajudaram no alcance da meta estão: implantação e avaliação da qualidade dos registros específicos de usuários com hipertensão acompanhados na unidade de saúde, orientação dos usuários e da comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, capacitação da equipe de saúde no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários com hipertensão.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

No 1º mês 20 usuários com diabetes tinham registro adequado na ficha de acompanhamento, um percentual de 100%. No 2º mês 51 usuários com diabetes tinham registro adequado na ficha de acompanhamento, um percentual de 100%. No 3º mês 156 usuários com diabetes e no 4º mês 174 usuários com diabetes tinham registro adequado na ficha de acompanhamento, um percentual de 100%.

Dentro das ações que ajudaram no alcance da meta estão: implantação e avaliação da qualidade dos registros específicos dos usuários com diabetes acompanhados na unidade de saúde, orientação dos usuários com diabetes e da comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, capacitação da equipe de saúde no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários com diabetes.

Objetivo 5: Mapear usuários com HAS e DM de risco para doença cardiovascular.

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

Indicador 5.1: Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

No 1º mês 83 hipertensos foram submetidos à estratificação de risco cardiovascular, um percentual de 100%. No 2º mês 222 usuários com hipertensão foram submetidos à estratificação de risco cardiovascular, um percentual de 100%. No 3º mês 435 usuários com hipertensão e no 4º mês 508 usuários com hipertensão foram submetidos à estratificação de risco cardiovascular, um percentual de 100%.

As principais ações que ajudaram no desenvolvimento deste indicador foram: a garantia de um horário prioritário na agenda para atendimento clínico dos usuários de alto risco, capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e da importância do registro desta avaliação, orientação dos usuários e da comunidade quanto ao seu nível de risco, importância do acompanhamento regular e adequado controle de fatores de risco modificáveis durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde. É muito importante manter essas ações na unidade básica de saúde, porque é garantia de acompanhamento com qualidade para os usuários e vai a oferecer a possibilidade de prever muitas complicações da doença.

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

Indicador 5.2: Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

No 1º mês 20 usuários com diabetes foram submetidos à estratificação de risco, um percentual de 100%. No 2º mês foram mantidos os 51 usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular, um percentual de 100%. No 3º mês 156 usuários com diabetes e no 4º mês 174 usuários com diabetes foram submetidos à estratificação de risco, um percentual de 100%.

As principais ações que ajudaram no desenvolvimento deste indicador foram: a garantia de um horário prioritário na agenda para atendimento clínico dos usuários de alto risco, capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e da importância do registro desta avaliação, orientação dos usuários e da comunidade quanto ao seu nível de risco, importância do acompanhamento regular e adequado controle de fatores de risco modificáveis durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde. É muito importante manter essas ações na unidade básica de saúde, porque é garantia de acompanhamento com qualidade para os usuários e vai a oferecer a possibilidade de prever muitas complicações da doença.

Objetivo 6: Promover a saúde dos usuários com HAS e DM.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão cadastrados.

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

No decorrer da intervenção 100% dos usuários com hipertensão receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável. No primeiro mês foram orientados 83 usuários com hipertensão o que representa o 100%, no segundo foram 222 usuários com hipertensão o que representou o 100%, no terceiro 435 que é também o 100% e no quarto 508 sendo também o 100%.

As ações que auxiliaram no alcance da meta foram: orientação nutricional sobre alimentação saudável para os usuários com hipertensão durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, organização das práticas coletivas sobre alimentação saudável, capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes cadastrados.

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

No decorrer da intervenção o 100% dos usuários com diabetes receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável. No primeiro mês foram orientados 20 usuários com diabetes o que representa o 100%, no segundo foram 51 usuários com diabetes o que representou o 100%, no terceiro 156 que é também o 100% e no quarto 174 sendo também o 100%.

As ações que mais auxiliaram no alcance da meta foram: orientação nutricional sobre alimentação saudável para os usuários com diabetes durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, organização de práticas coletivas sobre alimentação saudável, capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde.

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

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

No decorrer da intervenção o 100% dos usuários com hipertensão receberam orientação sobre prática regular de atividade física. No primeiro mês foram orientados 83 usuários com hipertensão o que representa o 100%, no segundo foram 222 usuários com hipertensão o que representou o 100%, no terceiro 435 que é também o 100% e no quarto 508 sendo também o 100%.

As ações que auxiliaram no alcance da meta foram: orientação em relação à prática regular de atividade física para os usuários com hipertensão durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, organização de práticas coletivas para orientação de atividade física, capacitação da equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde.

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

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

No decorrer da intervenção 100% dos usuários com diabetes receberam orientação sobre prática regular de atividade física. No primeiro mês foram orientados 20 usuários com diabetes o que representa o 100%, no segundo foram 51 usuários com diabetes o que representou o 100%, no terceiro 156 que é também o 100% e no quarto 174 sendo também o 100%.

As ações que auxiliaram no alcance da meta foram: orientação em relação à prática regular de atividade física para os usuários com diabetes durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, organização de práticas coletivas para orientação de atividade física, capacitação da equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde.

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

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

No decorrer da intervenção 100% dos usuários com hipertensão receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. No primeiro mês foram orientados 83 usuários com hipertensão o que representa o 100%, no segundo foram 222 usuários com hipertensão o que representou o 100%, no terceiro 435 que é também o 100% e no quarto 508 sendo também o 100%.

No transcurso da intervenção foram desenvolvidas ações que auxiliaram no alcance da meta como: orientação sobre os riscos do tabagismo e a existência de tratamentos para abandonar o mau hábito para os usuários com hipertensão, durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas. Ainda é preciso incrementar a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" conjuntamente com o gestor, assim a população fica com mais oportunidades para a escolha de opções.

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

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

No decorrer da intervenção 100% dos usuários com diabetes receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. No primeiro mês foram orientados 20 usuários com diabetes o que representa o 100%, no segundo foram 51 usuários com diabetes o que representou o 100%, no terceiro 156 que é também o 100% e no quarto 174 sendo também o 100%.

No transcurso da intervenção foram desenvolvidas ações que auxiliaram no alcance da meta como: orientação sobre os riscos do tabagismo e a existência de tratamentos para abandonar o mau hábito para os usuários com diabetes, durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas. Ainda devemos incrementar a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" conjuntamente com o gestor, assim a população fica com mais oportunidades para a escolha de medicamentos.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão cadastrados.

Indicador 6.7: Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

No decorrer da intervenção 100% dos usuários com hipertensão receberam orientação sobre higiene bucal. No primeiro mês foram orientados 83 usuários com hipertensão o que representa o 100%, no segundo foram 222 usuários com hipertensão o que representou o 100%, no terceiro 435 que é também o 100% e no quarto 508 sendo também o 100%.

As ações que mais auxiliaram no alcance da meta foram: orientação sobre higiene bucal dos usuários com hipertensão durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal e metodologias de educação em saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes cadastrados.

Indicador 6.8: Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

No decorrer da intervenção 100% dos usuários com diabetes receberam orientação sobre higiene bucal. No primeiro mês foram orientados 20 usuários com diabetes o que representa o 100%, no segundo foram 51 usuários com diabetes o que representou o 100%, no terceiro 156 que é também o 100% e no quarto 174 sendo também o 100%.

As ações que auxiliaram no alcance da meta foram: orientação sobre higiene bucal dos usuários com diabetes durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal e metodologias de educação em saúde.

4.2 Discussão.

Com a intervenção sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na USF Dr. Chico Costa alcançamos uma ampliação da cobertura da atenção aos usuários com DM e HAS e a melhoria da qualidade na atenção destes usuários. Melhorou a adesão dos usuários com HAS e/ou DM ao programa e o registro das informações foi atualizado e organizado de uma melhor forma.

A intervenção exigiu que todos os membros da equipe se capacitassem para seguir as recomendações do MS relativas ao manejo da hipertensão e diabetes na APS. Esta atividade fortaleceu a união da equipe promovendo o trabalho integrado de todos seus membros, destacando-se a enfermeira, as agentes comunitárias de saúde, as técnicas de enfermagem, a equipe odontológica e o médico da unidade, além do pessoal da recepção, esse trabalho baseado em ações de saúde direcionadas à melhoria da atenção nos usuários com diabetes e hipertensão em nossa área de abrangência, acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, que felizmente ajudaram ao desenvolvimento com qualidade da atenção. Exemplo disso é o grupo de usuários com diabetes e hipertensão que agora está incorporado à rotina da Unidade e será realizado às últimas quintas-feiras do mês, as reuniões de equipe agora são realizadas quinzenalmente nas segundas-feiras, assim como a agenda do dentista ficou organizada para que todas as semanas tenha um dia para o atendimento dos usuários com diabetes e hipertensão. A equipe por sua parte também fez sua intervenção com muita responsabilidade e dedicação obtendo resultados muito bons a mesma também foi incluída na rotina da unidade.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos usuários com diabetes e hipertensão eram concentradas na enfermeira e o médico com o desenvolvimento da mesma isso mudou, toda a equipe adquiriu responsabilidade no acompanhamento dos usuários de acordo às exigências dos protocolos adotados viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. Também com a melhoria na organização dos diferentes arquivos de atendimento dos usuários com hipertensão e diabetes, e da qualidade do acolhimento e do agendamento das consultas houve uma otimização em nossa agenda de atenção.

Além dos benefícios que aportou a intervenção para o serviço temos os que receberam a comunidade que já conseguiu perceber o impacto da intervenção e ficam integrados na rotina diária da unidade, nossos usuários foram beneficiados com as mudanças que apareceram para aumentar a cobertura do programa de hiperdia. Grande parte da população tem conhecimentos sobre a existência do programa de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes e a importância do mesmo para o cuidado adequado e prevenção das complicações. Nossos usuários demonstram satisfação com a prioridade e qualidade no atendimento.

Em caso eu fosse realizar a intervenção neste momento, faria uma análise situacional mais detalhada do estado de saúde da comunidade antes de começar o projeto, pois a mesma poderia ter sido facilitada se toda a equipe contara com identificação dos principais problemas, assim com as fortalezas e debilidades para enfrentar a intervenção. Também tivera estudado mais o fundo a situação do município para conseguir aumentar a ajuda deste nas coisas que dependem da gestão como a realização dos exames e o abastecimento da farmácia popular. Tivera procurado maior comprometimento dos líderes comunitários para lograr maior participação da comunidade nas atividades desenvolvidas na intervenção.

Devido aos resultados proveitosos obtidos na intervenção a mesma já fica incorporada na rotina do serviço. Para conseguir atingir as metas propostas e que não foram atingidas pensamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de atendimento dos usuários no programa de HIPERDIA. Também continuaremos solicitando o apoio da gestão na realização dos exames e abastecimento da farmácia popular. Além de isso continuaremos o monitoramento das ações.

A partir do desenvolvimento deste projeto pretendemos investir na ampliação da cobertura das demais ações programáticas que se desenvolvem em nossa USF.

5. Relatório da intervenção para gestores

Este relatório tem por finalidade, expor o resultado da intervenção realizada entre os meses de fevereiro, abril, maio e junho de 2015 para qualificar o programa de atenção aos usuários com diabetes e hipertensão arterial adstritos à USF Dr. Chico Costa. Durante o período da intervenção houve férias do médico da Unidade, onde a equipe deu continuidade adequada à intervenção.

A equipe escolheu melhorar o serviço para este público após ter realizado uma análise da situação de saúde da comunidade e do serviço prestado aos principais grupos de agravos, quando foi percebido que o número de usuários com hipertensão e diabetes cadastrados no serviço eram muito baixo comparando à estimativa para a população atendida, o que ocasionava um baixo percentual na cobertura do programa de HIPERDIA. Dessa forma surgiu o projeto de intervenção titulado Melhoria da Qualidade de Atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes, USF Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, com o objetivo de minimizar os problemas encontrados. Foram estipuladas metas e planejadas ações que foram desenvolvidas de acordo com o cronograma definido previamente pela equipe para ser cumprido em um período de quatro meses e contando sempre com a ajuda da gestão.

E finalmente obtivemos resultados muito favoráveis tanto para a comunidade como para a unidade de saúde e a equipe em geral, que ganhou em unidade de seus integrantes, em organização e distribuição do trabalho além do conhecimento adquirido por todos.

No decorrer da intervenção foram acompanhados 508 usuários com hipertensão e aumentamos a cobertura do programa de atenção aos usuários hipertensos de 44% para 72,8%. Quanto aos usuários com diabetes, concluímos a intervenção com 174 acompanhados, e conseguimos a cobertura do programa de atenção aos usuários com diabetes para 68,5%. E todos nossos usuários

cadastrados foram avaliados para a necessidade de atendimento odontológico, foram submetidos a exame clínico completo e a estratificação de risco cardiovascular. Também houve atualização do registro, ficha espelho de acompanhamento e dos prontuários melhorando o controle dos usuários com consultas, exames, classificação de risco, entre outras ações importantes em atraso. Outro resultado favorável foi que 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados receberam orientação de incentivo à alimentação saudável, à prática regular de atividade física, à higiene bucal, quanto aos riscos do tabagismo. Quanto aos exames complementares necessários, estes foram solicitados conforme regulamentação do Ministério da Saúde, tendo conseguido 61,0% nos hipertensos e 65,5% nos diabéticos com exames em dia. Os demais aguardam o agendamento dos exames por causa do excesso desta demanda e a carência de materiais e equipes de laboratório, assim como nosso município está em greve há dois meses o que tem dificultado muito em este aspecto nosso trabalho, sendo necessário que a gestão mantenha o empenho neste. Quanto ao tratamento medicamentoso, conseguimos 99,4% dos usuários com hipertensão e dos usuários com diabetes com prescrição de medicações da farmácia básica devido ao déficit existente no município no abastecimento das farmácias com as medicações preconizadas pelo SUS, sendo importante destacar que a gestão foi muito cooperativa com isso, de igual modo esperamos continuar contando com o empenho da gestão neste aspecto.

Ao concluir nossa intervenção a comunidade ficou satisfeita, referem ter gostado muito do trabalho, pois o mesmo permitiu receber melhor atenção aos usuários com hipertensão e diabetes, além disso, a comunidade aumentou seus conhecimentos nestes temas.

Temos também que agradecer a gestão por ter proporcionado apoio providenciando os materiais utilizados na intervenção como: fichas espelho, esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, glicosímetro. Esperamos poder continuar contando com este apoio e que possamos conseguir muitos outros benefícios para a população.

6. Relatório da Intervenção para a comunidade

Este relatório tem a finalidade informar à comunidade sobre os resultados da intervenção realizada para qualificar o serviço prestado aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus no posto Dr. Chico Costa.

A intervenção realizada pela equipe de saúde teve início após uma análise da situação de saúde da comunidade, quando foram percebidas muitas falhas no cuidado à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes, sendo a principal que o número de usuários com hipertensão e diabetes devidamente acompanhados pela unidade era muito baixo. Com o objetivo de melhorar os problemas encontrados, foi planejado um grupo de metas e ações para alcançá-las no prazo de quatro meses.

Conseguimos que estas ações fossem desenvolvidas de acordo com o cronograma previamente definido pela equipe. Ao final obtivemos resultados muito favoráveis tanto para a comunidade como para a equipe e a unidade de saúde em geral. Conseguimos que a qualidade de vida dos usuários com hipertensão e diabetes melhorasse, os usuários cadastrados no programa receberam atenção de qualidade que incluía avaliação clínica geral com estratificação de risco cardiovascular, atualização de seus prontuários, avaliação odontológica, realização de exames complementares e orientação sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo, higiene bucal e outros temas sobre estilos de vida saudáveis e foram reincorporados ao serviço aqueles usuários com hipertensão e diabetes que estavam faltosos a consultas. A comunidade em geral ganhou conhecimentos sobre a existência do programa de HIPERDIA na unidade, além de outros conhecimentos importantes sobre a diminuição dos fatores de risco para prevenir estas doenças e as medidas a serem cumpridas para evitar as principais complicações destas doenças. A equipe em geral também ganhou em unidade de seus integrantes, em organização e distribuição do trabalho além de muitos conhecimentos adquiridos por todos.

Estes benefícios que seguirão aumentando devido à incorporação da intervenção na rotina de atendimento do posto.

A comunidade também pode apoiar a equipe participando nos grupos de usuários com hipertensão e diabetes e as palestras desenvolvidas pela equipe assim como se responsabilizando em quanto à boa assistência as consultas programadas e a melhoria de seus estilos de vida já aprendidos na intervenção.

7. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O desenvolvimento do curso foi muito importante, pois permitiu me enriquecer e fortalecer meus conhecimentos como profissional da saúde. No início fiquei cheia de dúvidas em relação a meu desenvolvimento no curso, devido entre outras coisas as barreiras do idioma. No decorrer do tempo isso foi mudando. Ao começar a participar nos fóruns e trocar idéias com os colegas e orientadores, realizar as tarefas, estudar os materiais de orientação enviados pela universidade e interagir com minha orientadora consegui um melhor desenvolvimento e aprendizagem. Meus conhecimentos sobre a medicina do Brasil melhoraram o que favoreceu meu crescimento como profissional. Também consegui melhorar as relações com minha equipe, pois tive a oportunidade de levar o curso à rotina do trabalho, de compartilhar os conhecimentos adquiridos com todos, assim como a possibilidade de desenvolver um trabalho em conjunto que obteve resultados muito bons.

O significado do curso para minha prática profissional foi ótimo, pois tive a oportunidade de investigar e estudar numerosos temas de interesse para a saúde na atenção básica, além de levar meus conhecimentos prévios à prática profissional e de realizar a intervenção no serviço que permitiu melhorar a atenção à saúde do público alvo e o vínculo da comunidade com a equipe. Foi muito importante conhecer e desenvolver os princípios e diretrizes do SUS e as atribuições de cada membro da equipe, o que favoreceu mudanças no processo de trabalho, com maior vínculo entre os profissionais da equipe para garantir uma atenção em saúde com maior qualidade.

Entre os aprendizados que considero mais relevantes em decorrência do curso, noto o processo de engajamento público na consolidação do SUS, o conhecimento fundamental devido às ações que fortalecem o Controle Social, como a apropriação pela população da política de saúde pública em termos de

participação nas escolhas e decisões, o controle do planejamento e execução das ações de saúde, e a responsabilização pela própria saúde individual e também pela saúde coletiva em seu sentido mais amplo. Outro importante assunto aprendido foi o acolhimento, que é muito importante para a atenção dos usuários, sendo fundamental perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias que ajudem a aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, construir a autonomia, melhorar as condições de vida, e outras situações onde podemos planejar ações e organização do processo de trabalho. Também conheci os protocolos disponibilizados pelo Ministério de Saúde relativo à atenção das ações programáticas e condições de vida e saúde mais comuns, facilitando a sistematização dos conhecimentos e levar um caminho organizado em conjunto com todos os membros da equipe.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema único de saúde. Brasília: Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica; 16. (Série A. Normas e manuais técnicos) 58p, 2006 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus para o Sistema único de saúde. Brasília: Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica; 16. (Série A. Normas e manuais técnicos) 7p, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado de pessoas com doenças crônicas, Hipertensão Arterial. Cadernos de Atenção Básica, nº 36. Brasília – DF. 2013 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado de pessoas com doenças crônicas, Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica, nº 36. Brasília – DF. 2013b.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

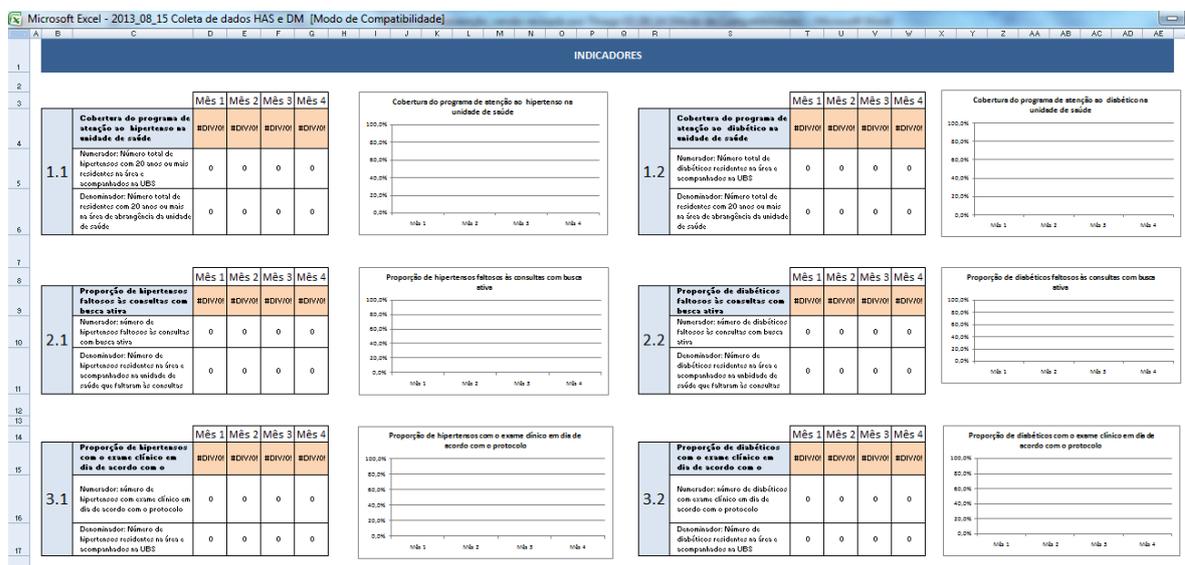
Anexo B- Planilha de coleta de dados

2013_08_15 Coleta de dados HAS e DM - silmara (1) [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Calibri 11

Fonte Alinhamento Número Estilo Células Edição

Indicadores HAS e DM - Mês 1													
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos da lista do Hipertenso ou da Farmácia Popular?	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
1	1	ANL	70	1	1	1	0		1	1	1	1	
2	2	ARS	69	1	0	1	0	0	0	0	1	1	
3	3	ALS	76	1	0	1	0		1	1	1	1	
4	4	AFCM	73	1	1	1	0		1	1	1	1	
5	5	AS	55	1	0	1	0		1	1	1	1	
6	6	AM	52	1	1	1	0		1	1	1	1	
7	7	AAC	61	1	0	1	1	0	1	1	1	1	
8	8	ALS	54	1	1	1	0		1	1	1	1	
9	9	AMF	60	1	1	1	0		1	1	1	1	
10	10	AVF	65	1	0	1	0		1	0	1	1	
11	11	AMS	54	1	0	1	0		1	1	1	1	
12	12	AGS	44	1	0	1	0		1	1	1	1	
13	13	AB	68	1	0	1	0		1	1	1	1	
14	14	AF	41	1	0	1	0		1	1	1	1	
15	15	ABP	63	1	0	0	0	0	1	1	1	0	
16	16	AS	60	1	1	1	0		1	0	1	1	
17	17	ACLL	74	1	0	1	0		1	1	1	0	
18	18	APS	80	1	0	1	1	0	1	0	1	1	
19	19	AMA	42	1	0	1	0		1	1	1	1	
20	20	ARA	69	1	0	1	0		1	1	1	1	
21	21	APL	73	1	1	1	0		1	1	1	1	
22	22	AMP	90	0	0	1	0		1	1	1	1	



Anexo D- Caderno de Ações Programáticas

Esta ferramenta foi desenvolvida no âmbito do curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEI - Modalidade de ensino a distância, para ajudar você a realizar Análise Situacional da sua UBS, com base nas ações programáticas mais realizadas em atenção básica.

1. Selecione a Unidade da Federação.
Rio Grande do Norte
2. Selecione o município em que você está trabalhando.
Mossoró
3. Selecione a Unidade de Saúde.
UBS Dr Chico Costa
4. Informe a **POPULAÇÃO TOTAL** da área de abrangência.
4940

[Editar meu Caderno](#)

Denominadores	
Mulheres em idade fértil (10-49 anos)	1634
Mulheres entre 25 e 64 anos	1244
Mulheres entre 50 e 69 anos	371
Gestantes na área - 1% da população total	74.22
Menores de 1 ano	72
Menores de 5 anos	144
Pessoas de 5 a 14 anos	859
Pessoas de 15 a 59 anos	3184
Pessoas com 60 anos ou mais	536
Pessoas entre 20 e 59 anos	2720
Pessoas com 20 anos ou mais	3256
Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão	1026
Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes	293

Estes números foram estimados a partir da distribuição da população da sua área por idade e sexo e serão os DENOMINADORES para os indicadores de cobertura das ações programáticas.

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

Eu, (Yohendris López Arcaya), (Medico. MRS 2400197) 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 USF:

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