

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes na
Unidade Básica de Saúde Vila Lizabel, Cruz Alta/RS**

Daili Chávez Cinta

Pelotas, 2015

Daili Chávez Cinta

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes na
Unidade Básica de Saúde Vila Lizabel, Cruz Alta/RS**

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

Orientador: Ana Paula Belini

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

C575m Cinta, Daili Chávez

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes na Unidade Básica de Saúde Vila Lizabel, Cruz Alta/RS / Daili Chávez Cinta; Ana Paula Belini, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

93 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. Belini, Ana Paula, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho em primeiro lugar a minha orientadora por seu apoio, toda a equipe que com sua ajuda conseguimos obter bons resultados, a comunidade que também ofereceu seu apoio incondicional.

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar a Deus por estar aqui, a minha família que apesar da distância que nos separa sempre tenho seu apoio, a minha orientadora pelos conhecimentos e as horas dedicadas a ajudar-me, a toda equipe de trabalho pela colaboração durante a intervenção.

Resumo

CHAVEZ CINTA, Daili. **Melhoria da Atenção à Saúde do Hipertenso e/ou Diabético na Unidade Básica de Saúde Vila Izabel, Cruz Alta/RS.** 2015. 83f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus são doenças muito frequentes na atenção primária e estão associadas à morbidade e mortalidade sendo responsáveis por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Com o propósito de reduzir a morbimortalidade associada à hipertensão arterial e diabetes mellitus realizou-se este estudo de intervenção na comunidade. Para guiar o cuidado foi adotado o protocolo do Ministério da Saúde Atenção a Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde, Brasil, 2013. Para a coleta de dados foram utilizadas ficha espelho específica, bem como planilhas eletrônicas. A intervenção teve a duração de três meses entre os meses de fevereiro e junho de 2015. Desta forma foi possível obter os seguintes resultados ao longo desta intervenção. No eixo monitoramento e avaliação foi possível monitorar a situação de saúde de 453 usuários hipertensos, receberam atendimento durante a intervenção 269 (59,8%) e de 114 usuários diabéticos 83 receberam atendimento (74,1%) cadastrados, bem como avaliar o risco em 100% deles. Na organização e gestão do serviço, pode-se melhorar a qualidade dos registros, para isto foi adotado uma ficha específica para cadastramento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, foi possível realizar exame clínico apropriado, solicitação de exames em dia conforme protocolo, prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, registro na ficha espelho, estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia, que receberam orientações nutricionais para hábitos saudáveis e prática de atividade física, orientações ao tabagismo e orientações de saúde bucal em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados, nossa meta planejada foi chegar ao 100% e foi cumprida em sua totalidade. Foi realizada a organização por meio de uma agenda para os atendimentos, aliados aos atendimentos de demanda espontânea, todos os hipertensos e diabéticos que faltavam foram buscados pela equipe de saúde. No eixo engajamento público foi possível trabalhar a sensibilização da comunidade, bem como os familiares sobre a importância da equipe estar desenvolvendo este trabalho de priorização no cuidado, através dos grupos de educação em saúde na comunidade. No eixo da qualificação da prática clínica foi possível capacitar todos os profissionais da equipe como base o protocolo de Saúde do Hipertenso e Diabético do Ministério da Saúde. Conclui-se que a intervenção foi avaliada como positiva pois conseguimos uma ótima meta de cobertura da atenção à saúde do hipertensos e diabéticos, assim como a intervenção será integrada à rotina diária do trabalho, visando nos próximos meses atingir os 100% preconizados. Desta forma, contribuiu para melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos, estabelecer vínculos entre a equipe e a comunidade assim como sensibilizou para a importância da saúde bucal no cuidado integral a este grupo.

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

Lista de Figuras

- | | | |
|----------|---|----|
| Figura 1 | Gráfico 1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde. | 67 |
| Figura 2 | Gráfico 2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde. | 68 |

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção psicossocial álcool e drogas
CEO	Centro de Especialidades odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
NAR	Núcleo de Auditoria e Regulação
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SUS	Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	22
2 Análise Estratégica	24
2.1 Justificativa	24
2.2 Objetivos e metas	26
2.2.1 Objetivo geral	26
2.2.2 Objetivos específicos e metas	26
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Detalhamento das ações	28
2.3.2 Indicadores	50
2.3.3 Logística	57
2.3.4 Cronograma.....	60
3 Relatório da Intervenção.....	62
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	62
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	66
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	66
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	66
4 Avaliação da intervenção.....	68
4.1 Resultados.....	68
4.2 Discussão	75
5 Relatório da intervenção para gestores	78
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	81
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	84
Referências	86
Apêndices.....	87
Anexos	87

Apresentação

Este exemplar contempla o Trabalho de Conclusão de Curso exigido como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família, o qual descreve o processo de estruturação e qualificação do cuidado ofertado aos diabéticos e hipertensos pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Vila Lizabel Cruz Alta– RS. Teve início das atividades em 20 de julho de 2014 e término em 20 de setembro de 2015, a intervenção foi realizada em três meses, de 02 de abril de 2015 à 05 de julho de 2015.

Ele está estruturado em sete capítulos, sendo eles, Análise Situacional, onde descreve a situação da Estratégia de Saúde da Família, funcionamento, profissionais que fazem parte da equipe, população adscrita. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção que contempla a justificativa, objetivos e metas, metodologia e o detalhamento das ações nos quatros eixos principais: (monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica), indicadores, logística e cronograma de intervenção. Relatório da Intervenção contempla as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores, análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra. Avaliação da Intervenção contempla os resultados e a discussão dos mesmos. Apresento o Relatório para o Gestor, o Relatório para a Comunidade e finalizo com uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A medicina familiar é muito importante para a sociedade já que através dela podemos fazer atividades de promoção, prevenção, recuperação e cura de doenças assim como interatuar de forma direta com as comunidades. Sou médica da Saúde da Família na cidade de Cruz Alta que tem uma população de mais de 60.000 habitantes, trabalho no Bairro de Lizabel, onde se encontra a UBS (Unidade Básica de Saúde), que possui uma população de 2.500 habitantes e 750 famílias. A Unidade está estruturada por uma sala de recepção, um consultório médico, uma sala de farmácia, uma sala de enfermagem, uma sala de esterilização, dois banheiros. Ela é uma unidade pequena porque posteriormente tem projetos para ampliação.

A equipe da saúde da família está composta por um médico da família, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, além disso, tem outros profissionais em atividade como uma assistente social, um auxiliar de serviços gerais ou de limpeza, um Nutricionista, todos estes dirigidos por uma Secretária de Saúde.

A UBS inicia os atendimentos à população nos horários da manhã 8:00 às 12:00, de tarde das 13:00 às 17:00 horas de segunda a sexta feira. As consultas são agendadas com 14 fichas ao dia, além disso, atendem a demanda espontânea de pacientes que estão fora das fichas conforme a necessidade, com exceção de segunda de tarde que se realizam visitas domiciliares com a enfermeira, sempre priorizando os usuários acamados, na sexta feira é o meu dia de estudar para a especialização. O atendimento pré-natal e os atendimentos puerperais são realizados no centro de saúde da mulher e da criança, o atendimento de puericultura é realizado em nossa UBS pela enfermeira.

Também realizamos muitas atividades com os grupos de hipertensos, diabéticos entre outros onde é realizada palestra sobre a alimentação saudável e a prática de exercício físico entre outras e a entrega de medicação aos pacientes. A reunião de equipe se faz todas as semanas. As doenças mais frequentes na comunidade são as crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial diabetes mellitus tipo II, hiperlipidêmica e doenças mentais. Nesta população predomina os pacientes idosos e também muitos fumantes.

A UBS conta com um laboratório onde se fazem exames de sangue como hemograma completo, colesterol, triglicérides, uréia, creatinina, ácido úrico, TGP, TGO, TSH, PSA, T4. O principal problema na Unidade de Saúde está com os encaminhamentos para as diferentes especialidades já que muitas não têm no município e tem que ir para a capital que é Porto Alegre e a maioria das vezes demora muito tempo, sem contar que o paciente precisa dessa atenção médica. Penso que se deveria buscar uma solução para este problema já que afeta muito a população.

A equipe do trabalho é muito profissional, competentes e unidos sempre procurando resolver qualquer situação que se apresente, na unidade todos estão muitos bem preparados. Em geral eu acredito que temos uma boa aceitação da população já que ela fica feliz pelo atendimento e não tem queixa. Meu critério é que ainda faltam muitas coisas por fazer principalmente com a comunidade, por exemplo, trabalhar mais para trocar o estilo de vida da população para assim melhorar a qualidade de vida destas pessoas, penso que se seguimos trabalhando em equipe como se está fazendo até agora se pode conquistar e será uma experiência maravilhosa.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município onde moro chama-se Cruz Alta, localizado no estado de Rio Grande do Sul, é um município que tem 64,126 habitantes, localizado ao Noroeste do Estado, conhecida como a terra de Erico Veríssimo, a cultura é sobre tradições gaúchas, a base da economia do município é através da produção de trigo, soja e milho.

O Município possui 03 UBS (Unidades Básicas de Saúde), 01 Unidade móvel SAMU, 16 ESF (Estratégias de Saúde da Família), 02 Unidades Básicas

Tradicionais e 02 Equipes de NASF (Núcleos de Atenção a Saúde da Família). As unidades especializadas são Centro de Especialidades onde há disponibilidade de CEO (Centro Especializado em Odontologia) e através de um acordo feito com os especialistas CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial), CAPS AD (Centro de Atenção álcool e drogas), SAE (Serviço de Atendimento Especializado), Centro de Saúde da Mulher e da criança, HIPERDIA e o Hemocentro. O fluxo de dos usuários para referência (serviços especializados, laboratórios e contra referências ocorrem a partir do momento que o usuário procura a ESF para realizar a consulta médica, são encaminhados ao NAR (Núcleo de Auditoria e Regulação). O NAR da continuidade ao pedido de referência e contra referência buscando a resolutividade da solicitação. A UBS encontra-se localizada no Bairro de Lizabel, é do tipo Estratégia Saúde da Família (ESF), vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) mediante a prefeitura do município.

Contamos com serviço hospitalar (Hospital São Vicente) vinculado ao SUS (Sistema Único de Saúde) localizado no centro da cidade. Temos atendimento clínico da especialidade de Ginecologia e Pediatria que atende no Centro de Saúde da Mulher e da criança, assim como as especialidades de: Cardiologia, Psiquiatria, Psicologia e traumatologia. Os usuários que precisam de outra especialidade são encaminhados para outros municípios.

Como parte das atividades de atenção primária que incluem prevenção, promoção, diagnóstica e reabilitação, contamos com um grupo de programas e atividades que apoiam e melhoram a qualidade do trabalho. Se faz atividades com os grupos de hipertensos, diabéticos, entre outros a cada 2 meses 3 vezes por semana, onde se entrega a medicação aos pacientes, verifica a pressão, são orientados por um profissional que ministra palestras sobre um tema determinado. Temos grupos de apoio de NASF e CEO.

A UBS funciona há mais ou menos três anos, está estruturalmente constituída por: uma sala de recepção, um consultório médico, uma sala de enfermagem, uma sala de esterilização, uma sala de lavagem de material, uma cozinha e dois banheiros. Na UBS a sala de espera é pequena, acomodando aproximadamente 15 pessoas, com pouca ventilação, e iluminação natural já que tem uma só janela a qual é pequena. Não contamos com sala de reunião, espaço destinado a atividades educativas em grupos e para fazer as reuniões de equipe, os agentes comunitários de saúde não têm sala para ficar e fazer suas reuniões, estas

são feitas na sala de espera inicial depois que terminam as consultas. Outra dificuldade é a ausência de almoxarifado local destinado para guarda de materiais diversos. Não temos sala de nebulização, as mesmas se fazem na sala de curativos e procedimentos, o que em muitas ocasiões obstrui o fluxo do funcionamento. A cozinha da UBS é muito pequena a qual não cumpre com as medições estabelecidas.

A estrutura de nossa unidade é só em planta baixa e não precisa de rampas de acesso que permitam a passagem de pessoas deficientes e com limitações, temos cadeiras de rodas a disposição de usuários . Com respeito às barreiras arquitetônicas existem algumas como a presença de buracos na rua que dá acesso a UBS, o qual impede aos pacientes com deficiências física, assim como Idosos e usuários com outras doenças específicas, o livre deslocamento. Também não temos os símbolos internacionais que devem indicar a existência de equipamentos, mobiliário, e serviços para pessoas com deficiência (física, visual e auditiva). Estas dificuldades encontradas foram analisadas em reuniões de equipe as quais se fazem semanalmente. A UBS está sendo reformada com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços, uma das prioridades propostas foi melhorar a acessibilidade da UBS aos usuários com deficiências físicas, onde a prefeitura garantiu arrumar a rua, também foi discutido sobre a importância da colocação dos símbolos internacionais para pessoas com deficiência.

Os profissionais participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, são desenvolvidas ações como identificação de grupos expostos a riscos, identificação de famílias expostas a riscos, identificação de grupos de agravos (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, etc.). Além da UBS os profissionais também realizam o cuidado em saúde a população da área de abrangência no domicílio, na associação de bairro\comunitária, mas não se usam outros espaços como Indústrias, Igrejas e outros espaços comunitários.

A UBS não realiza ações programáticas onde os profissionais realizam busca ativa de usuários faltosos, o que traz como consequências que muitos destes não têm controle de saúde, em especial dos fatores de risco, assim como estilo e modo de vida inadequada. Os profissionais da saúde realizam cuidado domiciliar onde existe levantamento dos usuários moradores da área de abrangência que precisam receber este cuidado, os procedimentos e atividades são realizados de

acordo com a necessidade do usuários para acamados ou com dificuldades de locomoção que são: curativo, educação em saúde e cuidados de saúde, aferição de pressão, consulta médica, consulta de enfermagem, entrega de medicamentos, administrar medicação injetável, vacinação, fisioterapia, coleta de exames. Existem outros procedimentos que não são realizados, havendo necessidade de encaminhar o paciente para outro serviço como a trocar de bolsa de paciente ostomizado, colocar sonda nasogástrica, seria muito bom se estes procedimentos fossem realizados no domicílio, assim evitaria o traslado do usuário que apresenta limitações que dificulta o mesmo.

Outro problema encontrado foi à falta de protocolos para encaminhar os usuários a outros níveis do sistema, assim como acompanhamento dos usuários em situações de internação hospitalar, este traz como consequência que em muitas ocasiões o paciente tem alta hospitalar, e não traz a contra-referência, não conhecendo o médico a conduta tomada durante sua estadia hospitalar, assim como a gravidade, evolução e plano terapêutico utilizado para continuidade na UBS.

Existem poucos grupos na comunidade para a realização das atividades educativas, não tem grupo de Adolescentes, Aleitamento Materno, Pré-Natal, Planejamento Familiar, situação preocupante já que a atenção à saúde da família tem como base trabalhar com os grupos de riscos, realizar ações de prevenção e promoção que melhorem a qualidade de vida da população, para que mudem estilos e modo de vida, além de capacitar os usuários, estimular com trocas de idéias e experiências. A UBS não promove a participação da comunidade no controle social, de grande importância para engajar a comunidade, identificar-nos com ela e promover a realização e participação das atividades de prevenção e promoção. Todos os profissionais participam do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS, todos podem ajudar nesta tarefa desde nosso trabalho fazendo com que os materiais e insumos sejam mais duradouros e com isso um melhor trabalho da equipe e bom atendimento dos usuários.

A equipe reúne-se todos os meses com uma frequência semanal, onde se analisam todas as questões que ajudam ao melhor desenvolvimento do nosso atendimento, também se analisam as dificuldades e se fazem propostas para superá-las. Algumas destas deficiências foram analisadas na reunião de equipe, uma delas foi a criação de grupos de riscos como Tabagismo e de adolescente que já estão sendo organizados, assim como de pré-natal. Estamos trabalhando em

conjunto com os ACS na busca ativa de usuários faltosos e planificação da atividade com a comunidade. Contamos com a ajuda do Conselho Municipal de Saúde sendo que estas dificuldades detectadas estão sendo analisadas e discutidas procurando uma rápida solução das mesmas para que a população tenha uma melhor atenção médica com muito mais qualidade. A atenção primária à saúde tem sempre um impacto positivo nas comunidades com a organização do trabalho. Nossa equipe tem uma boa aceitação da população sendo mostrada com a participação ativa da comunidade nas atividades previstas.

A unidade de saúde tem uma população cadastrada de 2,500 pessoas na sua área de abrangência no município com uma equipe de saúde que oferece um adequado atendimento. A distribuição da população por sexo e faixa etária é estimada com base na distribuição brasileira, sendo que o número de homens e de mulheres é comum um equilíbrio na idade jovem e predominam as mulheres nas idades adultas e idosas, predominam também de forma geral os adultos e os idosos sobre a população jovem. Aproximadamente temos em nossa área 1.460 mulheres e 1.040 homens de acordo com o total da população, predominando assim o sexo feminino.

O número de gestantes pesquisados é de 11, não fazendo correspondência com 1,5% que é considerado pelo caderno de ação programática, todas nossas gestantes fazem atendimento no centro de saúde da mulher e da criança, localizado no centro da cidade e as consultas são por agendamento. Na UBS não se realiza este tipo de atendimento por nenhum profissional assim está estipulado pelo município, mas se precisaram de alguma ajuda nós sempre as orientamos. Temos que trabalhar mais na busca ativa das mesmas, assim como intensificar as visitas dos ACS. Temos um total de mulheres entre 25 e 64 anos de 645 (94%) residentes na UBS para prevenção de câncer de colo de útero e um total de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na UBS e acompanhadas para prevenção de câncer de mama 229 (89%) os dados que temos não se correspondem com a estimativa do caderno de ações programáticas, ainda temos q continuar com o cadastramento de mulheres entre estas idades. A área de abrangência tem 18 crianças menores de um ano (60%) o que não corresponde com a estimativa do Caderno de Ações Programáticas, o qual pode ser justificado pela prevalência da população idosa.

A organização do atendimento e a demanda espontânea e específica de cada equipe dependem da estratégia planificada pelo mesmo. Na UBS onde

trabalho, tem uma sala específica para a realização do acolhimento, o mesmo é feito por todos os profissionais da equipe, em todos os turnos de atendimento da UBS sem horário programado sempre que o usuário precise. Todos os usuários que chegam são escutados atendendo a avaliação de risco biológico e vulnerabilidades para definir o encaminhamento da demanda do usuário. As consultas são agendadas, mas os usuários que procuram atenção médica que não tem ficha, são avaliados de acordo com a demanda aguda (urgência-emergência), riscos e vulnerabilidade, onde são priorizados e atendidos, pois o paciente não escolhe o dia que quer ficar doente, e uma demanda em ocasiões imprevistas que desencadeiam necessidade de atendimento.

Na UBS realiza atendimento de puericultura para os grupos etários de criança menores de doze meses, e também de doze a vinte e três meses. Ela é feita uma vez por semana nas terças-feiras de tarde, pelo médico da ESF e enfermeiro, não temos crianças fora da área de cobertura na UBS, após a consulta de puericultura, a criança sai da UBS com a próxima consulta programada e agendada. Não existe demanda de crianças até 72 meses de idade para atendimento de problemas de saúde agudos, os quais são atendidos sempre que precisarem. O município conta com atendimento de Pediatra no centro de saúde da mulher e da criança onde as consultas são realizadas por agendamento e também são encaminhadas todas aquelas crianças que precisem de atendimento pelo especialista. Não existe protocolo de atendimento de puericultura assim como protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde.

Dentro das atividades desenvolvidas pela UBS no cuidado das crianças na puericultura estão diagnósticos e tratamento de problemas clínicos em geral, de Saúde Mental, Imunizações, prevenção de anemia, prevenção de violência, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de Saúde Bucal, Teste do Pezinho, além disso, utilizam classificações para identificar crianças de alto risco. Os atendimentos das crianças da puericultura são registrados no prontuário clínico, ficha de espelho de vacinas. Não temos arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura. Quando se realiza o atendimento das crianças mediante a puericultura, os profissionais solicitam a caderneta da criança e preenchem as informações atuais, conversam com o responsável sobre as dicas de alimentação saudável disponíveis na caderneta das crianças, explicam o significado do posicionamento da criança na

curva de crescimento, chamam atenção para data da próxima vacina e para o local da caderneta da criança onde o responsável pode acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança. Na UBS existe o Programa Bolsa Família do Ministério da Saúde, o responsável pelo cadastramento das crianças é a Assistente Social, quem também faz envio dos cadastros a Secretaria Municipal de Saúde.

A UBS tem algumas dificuldades como à falta de protocolos do Ministério de Saúde tanto de atendimento de puericultura como para regular o acesso das crianças a outros níveis do Sistema de Saúde como encaminhamento para atendimento nas especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto atendimento, problema este que foi analisado e discutido na reunião de equipe. Outra das dificuldades encontradas foram a pouca assistência às consultas de Puericultura, em muitas ocasiões a mãe só leva a criança para atendimento de problema de saúde agudo ou para realização de vacinas, que pode ser por pouca motivação das mães sobre a importância das consultas de puericultura. De acordo com isto pensamos na possibilidade de criar grupos de puericultura, que motivem as mães, onde se orientem sobre aleitamento materno exclusivo, introdução de alimentação complementar os 6 meses, riscos de acidentes, importância do seguimento da criança nas consultas de puericultura, seguimento do desenvolvimento psicomotor da criança, seguimento das medidas antropométricas, identificar sinais de perigo à saúde da criança, entre outros. Não existe excesso de demanda de atendimento para problemas de saúde agudos na UBS, exceto para infecções respiratórias altas como por exemplo (catarro comum, amigdalites agudas), diarreia aguda e doenças do sistema osteoarticular.

As ações desenvolvidas com o cuidado das gestantes são encaminhadas a promoção de aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, controles dos cânceres do colo de útero e mama, planejamento familiar. Quando se realiza visitas domiciliares às gestantes os profissionais solicitam a carteira de pré-natal onde é revisado as informações atuais da gestante, orientações sobre alimentação saudável, explicam o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso, chamam atenção para a data da próxima vacina, recomendam avaliação de saúde bucal e a importância da mesma, conversam com as gestantes sobre as práticas de promoção de aleitamento

materno, sobre os cuidados com o recém-nascido, risco de tabagismo, de álcool e drogas na gravidez, sobre a anticoncepção no pós-parto.

Na UBS faz a primeira visita domiciliar dias após o parto, assim como o acompanhamento preconizado até os 42 dias pós-parto. Uma das dificuldades encontradas foi a falta de atividades em grupos com as gestantes, o qual foi discutido e avaliado na reunião de equipe, chegando ao acordo de planificar e incentivar sobre a importância destas atividades educativas e preventivas que preparam melhor a gestante para enfrentar da melhor forma possível esta nova etapa da vida com ajuda dos ACS.

O controle dos fatores de risco é uma das tarefas mais importantes na Atenção Primária a Saúde, assim como as ações realizadas na comunidade de prevenção e promoção de saúde, que modifiquem modos e estilos de vida não saudáveis. Na UBS é feito o controle do Câncer de Colo de Útero, os profissionais de saúde orientam a todas as mulheres da área para o uso de preservativo em todas as relações sexuais como método anticoncepcional mais eficaz, e tem disponibilizado na área da recepção e na farmácia preservativos para o usuário que procurem os materiais em murais para facilitar a leitura dos mesmos promovendo o uso da camisinha e sua importância. Assim como os efeitos malefícios do tabagismo. São realizadas ações de educação da mulher, para realização periódica do exame preventivo, o mesmo se faz na quinta-feira de manhã, pela enfermeira e ou médico da família, não existem mulheres fora da área de cobertura. Os profissionais que tem contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar prevenção do Câncer de Colo Uterino na UBS são: assistente social, enfermeiros, médico da família, técnica de enfermagem.

O tipo de rastreamento utilizado na UBS é o rastreamento organizado. A UBS tem dificuldade quanto aos protocolos de prevenção do câncer de colo de útero nós contamos com os mesmos, tema este discutido nas reuniões de equipe, onde estamos aguardando a solução. As mulheres que fazem exame preventivo na UBS são avaliadas e se investigam os fatores de risco que possam ter para o câncer de colo de útero. Os atendimentos às mulheres que realizam a coleta de exame cito patológico são registrados em um livro de registro e prontuário clínico. Não temos um arquivo específico para o registro dos resultados dos exames cito patológicos coletados. Nossa equipe trabalha mais em ações programáticas de promoção para conseguir que todos os exames cito patológicos para câncer de colo uterino sejam

realizados em tempo, todos os profissionais da equipe estão sensibilizados com o problema e trabalhamos em conjunto para isso.

A UBS também dedica-se ao programa do Câncer de Mama, faz ações para o controle do peso corporal das mulheres da área de cobertura, sobre os efeitos malefícios do consumo de álcool. São realizadas ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do Câncer de Mama, ações de rastreamento, a qual acontece uma vez por semana, no turno da manhã, existem mulheres fora da área de cobertura na UBS, as ações de rastreamento do Câncer de Mama são realizadas pelo médico da família, enfermeira e ACS.

O tipo de rastreamento utilizado é organizado. Não existem protocolos do Câncer de Mama na UBS. Os profissionais de saúde investigam os fatores de risco para o Câncer de Mama em todas as mulheres que realizam as ações de rastreamento na UBS. Os atendimentos às mulheres que realizam mamografia são registrados no livro de registro, prontuário clínico, não temos arquivo específico para o registro dos resultados da mamografia. Existem profissionais como as enfermeiras, assistente social, médico da família e psicólogo que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações de controle do Câncer de Mama, os quais fazem reuniões, com uma frequência semanal. A equipe trabalha fazendo ações educativas para a prevenção desta doença, na detenção dos fatores de risco, fazem muitas atividades educativas onde participam todos os profissionais da UBS até conseguirem que todas as mulheres de nossa área de abrangência realizem a mamografia em tempo já que o diagnóstico preciso em estágio inicial da doença tem um melhor prognóstico e qualidade de vida da paciente. No mês de outubro é realizado uma atividade de promoção de saúde chamada "Outubro Rosa", muitas atividades educativas as mulheres de nossa comunidade. Além disto, é muito importante continuar nosso trabalho no dia a dia aumentando as ações para prevenir esta importante patologia.

São realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores de HAS e Diabetes da área de cobertura, de controle do peso corporal, os pacientes são orientados sobre os malefícios do tabagismo. A UBS realiza atendimento de adultos portadores de HAS uma vez por semana, os profissionais que participam do atendimento são assistente social, enfermeiro, médico clínico geral, nutricionista, auxiliar de enfermagem, existem adultos fora da

área de cobertura da UBS que também são atendidos. Após a consulta, o usuário sai da UBS com a próxima consulta programada.

Existe demanda de atendimento para problemas de saúde agudos na área de residência de cobertura da UBS, os usuários recebem atendimento para problemas de saúde agudo, não existe excesso de demanda. Uma das dificuldades encontradas foi à falta de protocolo de atendimento para usuários portadores de HAS na UBS. Na UBS são desenvolvidas ações para o cuidado dos adultos portadores de HAS como imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, tabagismo. Os profissionais de saúde utilizam a classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos portadores de HAS.

Os profissionais da UBS não utilizam protocolos para regular o acesso dos adultos com HAS a outros níveis do sistema de saúde. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico. Não temos arquivo específico para os registros dos atendimentos dos adultos com HAS. Os profissionais de saúde sempre explicam aos pacientes como reconhecer sinais de complicações da HAS. Na UBS temos o Programa HIPERDIA do Ministério da saúde.

A equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de adultos com HAS, na associação de bairro\comunitária, os profissionais que participam nestas atividades de grupos de adultos com HAS são Assistente Social, enfermeiro, médico geral, Nutricionista, auxiliar de enfermagem. Os profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos adultos com HAS são o médico geral e enfermeiro. Na UBS tem um total de 450 pacientes hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS cerca de 81%, o que demonstra que existe pouca pesquisa desta doença, assim como um número oculto de usuários sem diagnóstico, motivo pelo qual estamos intensificando as atividades de pesquisa destas doenças com apoio dos ACS, e líderes formais da comunidade.

O atendimento de adultos portadores de Diabetes é realizado uma vez por semana, não temos adultos com esta doença fora da área de cobertura. Os profissionais que participam do atendimento são Assistente Social, enfermeiro, médico da família, nutricionista, auxiliar de enfermagem. Após a consulta o paciente este já tem a próxima consulta programada. Não temos demanda de adultos para

atendimentos de problemas de saúde agudo devido a Diabetes. Não existe protocolo de atendimento para usuários portadores de DM, o qual é uma deficiência, que já foi discutida pela equipe de trabalho e comunicado e a gestora do município.

A UBS realiza ações para o cuidado dos adultos portadores de diabetes, como imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, tabagismo. Os atendimentos dos adultos com Diabetes são registrados em prontuário clínico. Não existe arquivo específico para os registros dos atendimentos dos adultos com diabetes. A equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de adultos, onde se explicam como reconhecer sinais de complicações do Diabetes, estes são feitas na associação de bairro\comunitária, pelo assistente social, enfermeiro, médico da família, nutricionista, auxiliar de enfermagem, os mesmos também se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações.

Temos um total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS de 112 cerca de 70%. Nossa equipe tem que trabalhar mais na captação de usuários com esta doença, pois temos um número de usuários de acordo com a estatística que não estão diagnosticados assim como aqueles com fatores de risco. Quanto as ações programáticas o médico da atenção primária é o principal precursor na realização das ações de prevenção e promoção com estes grupos, é importante a educação dos pacientes quanto a sua doença, os principais sintomas, as complicações que podem aparecer, a importância do tratamento não só medicamentoso, mas também não medicamentoso como a dieta, prática de exercícios físicos, evitar estresse, mudar modos e estilos de vida não saudáveis, eliminar hábitos tóxicos como tabagismo, álcool, importância da assistência a consulta para evitar que se realizem sem atraso e avaliação da saúde bucal em dia aos usuários portadores de DM.

O idoso tem prioridade para o atendimento, o qual é feito todos os dias da semana, em turnos programados, não existem idosos fora da área de cobertura que realizam atendimento na UBS, os profissionais que participam são assistente social, enfermeiro, médico da família, nutricionista, psicólogo, auxiliar de enfermagem. Após a consulta o idoso sai com a próxima consulta agendada. Além das consultas programadas existe demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos, na área de residência de cobertura da UBS. Não existe protocolo de

atendimento para idosos na UBS, assim como para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde, questão está que foi analisada e discutida com a equipe, pois é a ferramenta principal de guia nas ações e condutas médicas.

As ações desenvolvidas na UBS no cuidado aos idosos são imunizações, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, promoção da saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, diagnóstico e tratamento da obesidade, diagnóstico e tratamento do sedentarismo, diagnóstico e tratamento do tabagismo. Não temos arquivos específicos para os registros do atendimento dos idosos que resulta em dificuldades de gerar indicadores e ter controle de todos os idosos e suas características particulares.

Os profissionais de saúde da UBS avaliam a capacidade funcional global do idoso por ocasião do exame clínico assim como explicam ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionado aos problemas de saúde de maior prevalência como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Depressão. Existe a caderneta de saúde da pessoa idosa na UBS, à qual é solicitada pelos profissionais nos atendimentos para preencher as informações atuais, os responsáveis são o médico a enfermeira, ACS. A equipe junto a outros profissionais realiza atividades com grupos de idosos no âmbito de área de abrangência. Realizam cuidado domiciliar aos idosos, existe levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam destes cuidados e os atendimentos são feitos pelo médico da família, enfermeira e ACS, os quais se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos. Na UBS temos o programa HIPERDIA do ministério de saúde para o envio da informação. O total de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS é de 338 que representa 99%. Também temos formado um grupo com os pacientes idosos e realizamos muitas atividades como, por exemplo, a ginástica, além disso, falamos sobre suas doenças, fatores de risco, fazemos ações de prevenção e promoção de saúde, um fator muito importante é que o número de pessoas que integram este grupo não são muitas com respeito à quantidade de pacientes idosos que tem na área, desta forma estamos trabalhando para incrementar e criar novos grupos.

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

A equipe está trabalhando nos atendimentos agendados destes pacientes para ter melhor controle nos indicadores de fragilização, temos que fazer um arquivo específico dos atendimentos nas consultas para ter um bom sistema de dados destes usuários e poder avaliar usuários faltosos, melhora do registro, idosos de risco, qualidade do atendimento e procedimentos em atrasos. Intensificar as atividades de grupo com todos os profissionais da Unidade de Saúde para reforçar a assistência as consultas agendadas e o preenchimento das cadernetas assim como a avaliação geral desta faixa etária. Continuar fazendo os atendimentos domiciliares a usuários que precisem assim como as visitas planejadas, trabalhar com os protocolos de atendimento. Todos trabalhando juntos podem fazer muitas ações para melhorar o atendimento à saúde deste grupo de pessoas que precisam de um atendimento diferenciado.

Os melhores recursos da UBS onde atuo certamente é a boa vontade de toda equipe. Estão sempre dispostos ao trabalho e abertos às mudanças, buscando a melhoria das condições de saúde da população. Muitas das questões relatadas anteriormente mudaram desde o começo do curso até hoje, principalmente com relação ao preenchimento dos questionários pela equipe. Os maiores desafios são as mudanças de estilo de vida da população. Comparando o primeiro texto da situação da UBS e o relatório está fornecendo exemplo das mudanças que apresentou a Unidade Básica de Saúde. Neste momento, na medida em que foram preenchidos os questionários temos um texto mais completo, minucioso que mostra uma imagem mais clara do trabalho desempenhado pela equipe no trabalho do dia a dia.

De forma geral durante este período os aspectos avaliados nos questionários foram refletidos, abordados e levados à comparação com os cadernos de ações programáticas temos muitos desafios para enfrentar ainda, objetivando mudanças em função da saúde da população, vamos trabalhar com muito empenho daqui para frente para elevar os indicadores. Comparando o primeiro texto da situação da UBS e o presente relatório percebe-se profundas mudanças no modo de ver e avaliar a situação. Antes descrevia as ações que não eram realizadas e agora conseguimos realizar as ações mesmo com necessidade de melhorias. Agora na

medida em que foram preenchidos os questionários temos um texto mais completo, minucioso que mostra uma imagem mais clara do trabalho desempenhado pela equipe no cotidiano.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus são doenças muito frequentes na atenção primária e estão associadas à morbidade e mortalidade sendo responsáveis por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Com o propósito de reduzir a morbimortalidade associada à hipertensão arterial e diabetes mellitus realizou-se este estudo de intervenção na comunidade. No Brasil a Atenção Primária é desenvolvida através do modelo das ações programáticas. As equipes da atenção básica têm a possibilidade de se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território, trabalhar com o território de abrangência, no cuidado individual e familiar, cadastramento prévio dessas famílias no território e a sua instalação em Unidade Básica de Saúde já existente nos municípios. É de grande importância as ações programáticas porque ajudam a conhecer a realidade social, demográfica e epidemiológica das famílias pelas quais somos responsáveis, identificamos os problemas de saúde prevalentes e as situações de riscos aos quais a nossa população está exposta, permite elaborar com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde doença, prestar assistência integral, desenvolver processo educativos em saúde, voltados a melhoria do auto-cuidado dos indivíduos, promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados. Outro tema importante são os protocolos de atendimento para estas doenças no caso do meu município ainda tem muitos problemas com os protocolos de atendimento já que não temos implantados, mas estamos trabalhando para elaborar.

A cidade de Cruz Alta R/S, tem uma população de mais de 60.000 habitantes, trabalho no Bairro de Lizabel, onde se encontra a UBS (Unidade Básica de Saúde),

que possui uma população de 2.500 habitantes e 750 famílias. A Unidade está estruturada por uma sala de recepção, um consultório médico, uma sala de farmácia, uma sala de enfermagem, uma sala de esterilização, dois banheiros. Ela é uma unidade pequena porque posteriormente tem projetos para ampliação.

A equipe da saúde da família está composta por um médico da família, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, além disso, tem outros profissionais em atividade como uma assistente social, um auxiliar de serviços gerais ou de limpeza, um Nutricionista, todos estes dirigidos por uma Secretária de Saúde. Na UBS há um total de 450 pacientes hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área indicando 81% de cobertura e 112 pacientes diabéticos cerca de 70% em relação ao estimado pelo CAP, o que demonstra que existe pouca pesquisa destas doenças assim como um número oculto de pacientes sem diagnóstico. Até o momento temos atendidos 150 usuários com Hipertensão Arterial (33,3%) e 85 (75,9%) pacientes com Diabetes Mellitus. Nossa equipe está comprometida em melhorar estes indicadores, através da realização de ações educativas de prevenção e promoção sobre a importância de incorporar os 100% dos usuários com estas doenças a grupos específicos onde receberam orientações para hábitos alimentares saudáveis, imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, tabagismo.

Analisando os resultados sobre os indicadores de cobertura e de qualidade estimados no Caderno de Ações Programáticas (CAP) pode-se detectar que na área de atuação da UBS existe um número baixo de usuários cadastrados até o momento com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, além de não ter um acompanhamento adequado da doença, situação que está refletida nos baixos indicadores de qualidade das ações. Por todas estas dificuldades detectadas a equipe sente-se motivada para realizar este estudo de intervenção, além de proporcionar um melhor atendimento e acompanhamento a este grupo de usuários com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida e evitar complicações. De forma geral eu acho que não vamos a ter muitas dificuldades para a realização do projeto já que nossa equipe esta muito comprometida, organizada o que é fundamental para este projeto, e se a estado trabalhando com todos os problemas que temos para elimina-los e tratar de obter os melhores resultados.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e ou Diabetes para 80% na UBS Vila Izabel, Cruz Alta/RS

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

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

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

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos pacientes Hipertensos.

Meta 2.3 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos pacientes Diabéticos.

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

Meta 2.5 Garantir a 100% dos Diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos Hipertensos cadastrados na área de atuação.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos Diabéticos cadastrados na área de atuação.

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

Objetivo 5. Mapear o risco dos hipertensos e diabéticos para doença cardiovascular.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos Hipertensos cadastrados.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos Hipertensos cadastrados.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes Hipertensos.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes Diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Izabel, no Município de Cruz Alta localizado no Rio Grande do Sul. Participarão da intervenção 450 hipertensos e 120 diabéticos maiores de 20 anos de idade.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação:

Detalhamento: Será monitorado o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde. Realizado monitoramento semanal pelo médico e enfermeiro dos hipertensos cadastrados no programa por meio da avaliação da ficha espelho. Também monitorada mensalmente a disponibilidade das fichas-espelhos para cadastramento dos hipertensos, para que sempre estejam em quantidades suficientes.

Organização e gestão do serviço:

Detalhamento: Garantido o registro dos hipertensos cadastrados no Programa e melhorado o acolhimento para os pacientes portadores de HAS. Todos os portadores de hipertensão que vieram para a unidade, tanto por agendamento quanto por livre demanda foram acolhidos por um profissional da saúde e cadastrados em uma ficha espelho específica que foi adotada pela equipe e ficará disponível na unidade.

Garantido material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Disponibilizado na Unidade esfigmomanômetro, manguitos e fita métrica revisados pelo imetro, acessível a todos os profissionais. O médico supervisionou a disponibilidade semanalmente.

Engajamento Público:

Detalhamento: Informado a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde. Realizada sensibilização junto à comunidade para a importância do acompanhamento do hipertenso pela equipe de saúde, por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos e nos grupos de educação em saúde.

Informado a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, orientado a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientado a comunidade sobre os fatores de risco para o

desenvolvimento de hipertensão. Realizada sensibilização junto à comunidade para a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão pela equipe de saúde, por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos e nos grupos de educação em saúde pelo médico e enfermeiro.

Qualificação da Prática Clínica:

Detalhamento: Capacitado os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Foi realizada capacitação dos ACS para realizar o cadastramento dos hipertensos da área de abrangência pela enfermeira e médico. Para os encontros foram utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde sobre hipertensão.

Capacitado a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. A equipe também foi capacitada pelo médico e enfermeira para aferição da pressão arterial de forma criteriosa e uso adequado do manguito. Para os encontros foram utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde sobre hipertensão.

Meta 1.2 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação:

Detalhamento: Monitorado o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Foi realizado monitoramento semanal pelo médico e enfermeiro dos diabéticos cadastrados no programa por meio da avaliação da ficha espelho. Também foi monitorada mensalmente a disponibilidade das fichas-espelhos para cadastramento dos diabéticos, para que sempre estejam em quantidades suficientes.

Organização e gestão do serviço:

Detalhamento: Garantido o registro dos diabéticos cadastrados no Programa, melhorado o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes. Garantido o registro dos diabéticos cadastrados no Programa e melhorar o

acolhimento para os pacientes portadores de diabetes. Todos os portadores de hipertensão que vieram para a unidade, tanto por agendamento quanto por livre demanda foram acolhidos por um profissional da saúde e cadastrados em uma ficha espelho específica que foi adotada pela equipe e ficou disponível na unidade.

Garantido material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Foi disponibilizado na Unidade aparelho e fitas para realização de hemoglicoteste, acessível a todos os profissionais médicos e da enfermagem. O médico supervisionou a disponibilidade semanalmente.

Engajamento Público:

Detalhamento: Informado a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Foi realizada sensibilização junto à comunidade para a importância do acompanhamento do diabético pela equipe de saúde, por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos e nos grupos de educação em saúde na comunidade.

Informado a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, orientado a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientado a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes. Foi realizada sensibilização junto à comunidade para a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, orientado a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientado a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da diabetes pela equipe de saúde, por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos e nos grupos de educação em saúde pelo médico e enfermeiro e agentes comunitárias de saúde.

Qualificação da Prática Clínica:

Detalhamento: Capacitado os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Foi realizada capacitação dos ACS para realizar o cadastramento dos diabéticos da área de abrangência pela enfermeira e médico. Para os encontros foram utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde sobre diabetes.

Capacitado a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. A equipe também foi capacitada pelo médico e enfermeira para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Para os encontros foram utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde sobre diabetes pelo médico e enfermeira.

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

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

Monitoramento e avaliação:

Detalhamento: Monitorado a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos. O médico realizou semanalmente capacitações sobre como realizar um exame físico adequado para os pacientes hipertensos mediante conferências, folhetos.

Organização e gestão do serviço:

Detalhamento :Definido atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos, organizado a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. O médico realizou semanalmente capacitações sobre como realizar um exame físico adequado para os usuários hipertensos. Foi falado com a gestora do município sobre a importância da agilização da criação dos protocolos para assim ser utilizados pela unidade, se definiu uma periodicidade definida para a capacitação dos profissionais.

Engajamento Público:

Detalhamento :Orientado 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. O médico e a enfermeira da unidade realizaram semanalmente palestras educativas com a comunidade onde se fale dos fatores de risco das doenças cardiovasculares e neurológicas se utilizaram folhetos para estas atividades.

Qualificação da Prática Clínica:

Detalhamento: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. O médico capacitou a equipe uma vez por mês mediante conferências audiovisual e demonstrações com os mesmos integrantes da equipe sobre como realizar um bom exame clínico.

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

Monitoramento e avaliação:

Detalhamento: Monitorado a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos. O médico realizou semanalmente capacitações sobre como realizar o monitoramento da realização do exame físico adequado para os usuários diabéticos mediante conferências, folhetos.

Organização e gestão do serviço:

Detalhamento: Definido atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos, organizado a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, estabelecido periodicidade para atualização dos profissionais e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. O médico realizou semanalmente capacitações sobre como realizar um exame físico adequado para os usuários hipertensos. Falado com a gestora do município sobre a importância da agilização da criação dos protocolos para assim ser utilizados pela unidade, se definira uma periodicidade definida para a capacitação dos profissionais.

Engajamento Público:

Detalhamento: Orientado os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. O médico e a enfermeira da unidade realizaram semanalmente palestras educativas com a comunidade onde se falou dos fatores de risco das doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade avaliados periodicamente se utilizaram folhetos e se realizaram conferência audiovisuais para estas atividades.

Qualificação da Prática Clínica:

Detalhamento: Capacitado a equipe para a realização de exame clínico apropriado. O médico realizou capacitação uma vez por mês a equipe mediante conferências, material audiovisual e demonstrações com os mesmos integrantes da equipe sobre como realizar um bom exame clínico.

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

Monitoramento e avaliação:

Detalhamento: Monitorado o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e monitorado o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. O médico e a enfermeira realizaram uma vez por semana um controle do número de usuários hipertensos com exames laboratoriais de acordo com a periodicidade recomendada, mediante os registros nas fichas de atendimento.

Organização e gestão do serviço:

Detalhamento:Garantido a solicitação dos exames complementares, garantido com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecido sistemas de alerta os exames complementares preconizados. O médico e a enfermeira falaram com a gestora do município sobre a importância de garantir os exames complementares preconizados para os usuários hipertensos uma vez criados os protocolos.

Engajamento Público:

Detalhamento: Orientado os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e orientado os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. O médico e a enfermeira explicaram mediante palestras educativas á comunidade sobre a importância da realização de exames complementares e sobre a periodicidade com que devem ser realizados, se utilizaram folhetos para estas atividades.

Qualificação da Prática Clínica:

Detalhamento: Capacitado a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Uma vez criado os protocolos o médico e a enfermeira orientaram a equipe mediante conferências e palestras educativas sobre a importância de cumprir os protocolos para a solicitação de exames complementares.

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

Monitoramento e avaliação:

Detalhamento: Monitorado o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e monitorado o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. O médico e a enfermeira realizaram uma vez por semana um controle do número de usuários diabéticos com exames laboratoriais de acordo com a periodicidade recomendada, mediante os registros nas fichas de atendimento.

Organização e gestão do serviço:

Detalhamento: Garantido a solicitação dos exames complementares; garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecido sistemas de alerta os exames complementares preconizados. O médico e a enfermeira falaram com a gestora do município sobre a importância de garantir os exames complementares preconizados para os usuários hipertensos uma vez criados os protocolos.

Engajamento Público:

Detalhamento: Orientado os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e orientado os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementar. O médico e a enfermeira explicaram mediante palestras educativas á comunidade sobre a importância da realização de exames complementários e sobre a periodicidade com que devem ser realizados, se utilizaram materiais audiovisual para estas atividades.

Qualificação da Prática Clínica:

Detalhamento: Capacitado a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Uma vez criado os protocolos o médico e a enfermeira orientaram a equipe mediante conferencias e palestras educativas sobre a importância de cumprir os protocolos para a solicitação de exames complementares.

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

Monitoramento e avaliação:

Detalhamento: Monitorado o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. O médico e a enfermeira trataram de garantir mensalmente o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia

Organização e gestão do serviço:

Detalhamento: Realizado controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. A enfermeira e técnica de enfermagem realizaram mensalmente um controle de estoque de medicamentos incluindo a data de validade assim como a necessidade de medicamentos dos pacientes hipertensos na unidade.

Engajamento Público:

Detalhamento: Orientado 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. O médico, a enfermeira nas consultas e as agentes comunitárias nas visitas domiciliares informaram a todos os usuários hipertensos da unidade sobre seu direito ao acesso dos medicamentos assim como a outras opções. Também realizaram reuniões com os grupos de usuários hipertensos onde se informou sobre o acesso aos medicamentos.

Qualificação da Prática Clínica:

Detalhamento: Realizado atualização do profissional no tratamento da hipertensão e capacitado a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. O médico realizou mensalmente conferências audiovisuais de atualização profissional sobre o tratamento da hipertensão arterial assim como o acesso para obter os medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA e outras alternativas.

Meta 6 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação:

Detalhamento: Monitorado o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. O médico e a enfermeira trataram de garantir mensalmente o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Organização e gestão do serviço:

Detalhamento: Realizado controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e mantido um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde. A enfermeira e a Técnica de enfermagem realizaram mensalmente um controle de estoque de medicamentos

incluindo a data de validade assim como a necessidade de medicamentos dos pacientes diabéticos na unidade.

Engajamento Público:

Detalhamento: Orientado 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. O médico, a enfermeira nas consultas e as agentes comunitárias nas visitas domiciliares informaram a todos os usuários diabéticos da unidade sobre seu direito ao acesso dos medicamentos assim como a outras opções. Também se realizaram reuniões com os grupos de pacientes diabéticos onde se informe sobre o acesso aos medicamentos.

Qualificação da Prática Clínica:

Detalhamento: Realizado atualização do profissional no tratamento da diabetes e capacitado a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. O médico realizou mensalmente conferências audiovisuais de atualização profissional sobre o tratamento da hipertensão arterial assim como o acesso para obter os medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA e outras alternativas.

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

Monitoramento e avaliação:

Detalhamento: Monitorado os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico. O médico e a enfermeira realizaram atividades educativas de promoção com os usuários hipertensos sobre higiene bucal já que a unidade não conta com este tipo de atendimento e é impossível garantir este atendimento a todos os pacientes hipertensos que precisem devido a carência desta especialidade no município.

Organização e gestão do serviço:

Detalhamento: Organizado a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos, organizado a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico. O médico e a enfermeira realizaram atividades educativas de promoção e prevenção durante as consultas com os usuários hipertensos sobre uma adequada higiene bucal.

Engajamento Público:

Detalhamento: Orientado a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos. O médico e a enfermeira realizaram atividades educativas de promoção com os usuários hipertensos sobre higiene bucal.

Qualificação da Prática Clínica:

Detalhamento: capacitado a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos. O médico e a enfermeira orientaram a toda a equipe mediante palestras educativas que se realizaram mensalmente sobre as ações de promoção e prevenção para evitar as doenças de saúde bucal já que existe déficit deste atendimento no município.

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

Monitoramento e avaliação:

Detalhamento: Monitorado os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico. O médico e a enfermeira realizaram atividades educativas de promoção com os pacientes hipertensos sobre higiene bucal já que a unidade não conta com este tipo de atendimento e é impossível garantir este atendimento a todos os usuários diabéticos que precisem devido a carência desta especialidade no município.

Organização e gestão do serviço:

Detalhamento: Organizado a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos e organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico. O médico e a enfermeira realizaram atividades educativas de promoção e prevenção durante as consultas com os usuários diabéticos sobre uma adequada higiene bucal.

Engajamento Público:

Detalhamento: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos diabéticos. O médico e a enfermeira realizaram atividades educativas de promoção com os usuários diabéticos sobre higiene bucal.

Qualificação da Prática Clínica:

Detalhamento: capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos. O médico e a enfermeira orientaram a

toda a equipe mediante palestras educativas que se realizaram mensalmente sobre as ações de promoção e prevenção para evitar as doenças de saúde bucal já que existe déficit deste atendimento no município.

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

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

Monitoramento e avaliação:

Detalhamento: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Uma vez criados os protocolos o médico garantiria o cumprimento da periodicidade das consultas para o cumprimento se realizara atividades educativas com a comunidade e com todo a equipe mediante palestras onde se fale da importância das consultas para assim diminuir as complicações e manter um controle adequado desta doença.

Organização e gestão do serviço:

Detalhamento: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares. O médico e a enfermeira falaram semanalmente com as agentes comunitárias para priorizar visitas domiciliares para os usuários faltosos, também se informaram os nomes dos pacientes faltosos e organizar a agenda para atender aos pacientes provenientes das buscas domiciliares.

Engajamento Público:

Detalhamento: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. O médico e a enfermeira realizaram atividades individuais e coletivas mediante palestras educativas com os usuários portadores desta doença para lograr cumprir com a periodicidade das consultas. Também foi realizadas reuniões com a comunidade para escutar seus propostas e assim criar diferentes estratégias.

Qualificação da Prática Clínica:

Detalhamento: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. O médico e a enfermeira capacitaram mensalmente aos ACS mediante conferências educativas sobre a importância que

durante as visitas domiciliares aos usuários hipertensos falem sobre a as consultas e sua periodicidade.

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

Monitoramento e avaliação:

Detalhamento: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Uma vez criados os protocolos o médico garantirá o cumprimento da periodicidade das consultas para o cumprimento será realizada atividades educativas com a comunidade e com todo a equipe mediante palestras onde se fale da importância das consultas para assim diminuir as complicações e manter um controle adequado desta doença.

Organização e gestão do serviço:

Detalhamento: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares. O médico e a enfermeira falaram semanalmente com as agentes comunitárias para priorizar visitas domiciliares para os usuários faltosos, também informaram os nomes dos pacientes faltosos e se organizar a agenda para atender aos usuários provenientes das buscas domiciliares.

Engajamento Público:

Detalhamento: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. O médico e a enfermeira realizaram atividades individuais e coletivas mediante palestras educativas com os usuários portadores desta doença para lograr cumprir com a periodicidade das consultas. Também realizaram reuniões com a comunidade para escutar suas propostas e assim criar diferentes estratégias.

Qualificação da Prática Clínica:

Detalhamento: Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. O médico e a enfermeira capacitaram mensalmente aos ACS mediante conferências educativas sobre a importância que durante as visitas domiciliares aos usuários hipertensos falem sobre a as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

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

Monitoramento e avaliação:

Detalhamento: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde. O médico e a enfermeira criaram os registros específicos para os usuários hipertensos.

Organização e gestão do serviço:

Detalhamento: Manter as informações do SIAB atualizadas; implantar a ficha de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir responsável pelo monitoramento dos registros e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. O médico e a enfermeira continuaram mensalmente com a atualização do SIAB e com a ficha de acompanhamento, se definira um responsável para o monitoramento dos registros e se organizar com a equipe o registro das informações.

Engajamento Público:

Detalhamento: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. O médico e a enfermeira informaram a comunidade mediante conferencias audiovisuais e palestras educativas que se realizaram uma vez por mês sobre seus direitos de saúde e acessos a segunda via se fora necessário. Também estas informações se dará a conhecer aos usuários durante as consultas.

Qualificação da Prática Clínica:

Detalhamento: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. O médico e a enfermeira capacitaram toda a equipe mediante atividades educativas como palestras e conferências utilizando folhetos que facilitem a compreensão do trabalho com os registros de acompanhamento e os procedimentos clínicos dos usuários hipertenso.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação:

Detalhamento: Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde. O médico e a enfermeira criaram os registros específicos para os usuários diabéticos.

Organização e gestão do serviço:

Detalhamento: Manter as informações do SIAB atualizadas; implantar a ficha de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir responsável pelo monitoramento dos registros e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. O médico e a enfermeira continuaram mensalmente com a atualização do SIAB e com a ficha de acompanhamento, se definiu um responsável para o monitoramento dos registros e se organizou com a equipe o registro das informações. O médico e a enfermeira continuaram mensalmente com a atualização do SIAB e com a ficha de acompanhamento, definiu-se um responsável para o monitoramento dos registros e foi organizado com a equipe o registro das informações.

Engajamento Público:

Detalhamento: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. O médico e a enfermeira informaram a comunidade mediante conferencias audiovisuais e palestras educativas que se realizaram uma vez por mês sobre seus direitos de saúde e acessos a segunda via se fora necessário. Também estas informações se dará a conhecer aos usuários durante as consultas.

Qualificação da Prática Clínica:

Detalhamento: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos diabéticos e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. O médico e a enfermeira capacitaram a todo o equipe mediante atividades educativas como palestras e conferencias nas que se utilizaram folhetos que facilitem a compreensão do trabalho com os registros de acompanhamento e os procedimentos clínicos dos usuários diabéticos.

Objetivo 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

Monitoramento e avaliação:

Detalhamento: Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. O médico irá monitor o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano para isso será preciso revisar as fichas de atendimento médico de cada usuário.

Organização e gestão do serviço:

Detalhamento: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda. O médico e a enfermeira garantiram porta aberta dos serviços aos usuários de alto risco, lograr sejam atendidos imediatamente no mesmo turno e com retorno agendado.

Engajamento Público:

Detalhamento :Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). O médico, a enfermeira ACS realizaram promoção de atividades educativas durante as consultas e visitas domiciliares sobre a importância do acompanhamento e do adequado controle de fatores de risco desta doença. Se realizaram palestras educativas com a comunidade onde se utilizem folhetos educativos sobre o controle dos fatores de risco modificáveis.

Qualificação da Prática Clínica:

Detalhamento: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. O médico capacitará mensalmente mediante conferências onde será repassado informação sistemática a equipe sobre a importância de conhecer a estratificação de risco de Framingham e dos fatores de risco modificáveis. Realizado palestras educativas onde o tema principal seja as principais estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

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

Monitoramento e avaliação:

Detalhamento: Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. O médico irá monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano para isso será preciso revisar as fichas de atendimento médico de cada usuário.

Organização e gestão do serviço:

Detalhamento: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda. O médico e a enfermeira garantiram porta aberta dos serviços aos usuários de alto risco, objetivando que sejam atendidos imediatamente no mesmo turno e com retorno agendado.

Engajamento Público:

Detalhamento: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular e esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). O médico, a enfermeira ACS realizaram promoção de atividades educativas durante as consultas e visitas domiciliares sobre a importância do acompanhamento e do adequado controle de fatores de risco desta doença. Realizaram palestras educativas com a comunidade onde se utilizem folhetos educativos sobre o controle dos fatores de risco modificáveis.

Qualificação da Prática Clínica:

Detalhamento: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo em especial a avaliação dos pés, capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. O médico capacitará mensalmente mediante conferências onde é fornecida informação sistemática a equipe sobre a importância de conhecer a estratificação de risco de Framingham e dos fatores de risco modificáveis. Se realizaram palestras educativas onde o tema principal seja as principais estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Monitoramento e avaliação:

Detalhamento: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos. Em conjunto com a nutricionista a enfermeira e o médico se realizaram atividade de promoção de saúde a traves de folhetos palestra com a comunidade sobre hábitos alimentícios saudáveis para os usuários hipertensos.

Organização e gestão do serviço:

Detalhamento: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. O médico e a nutricionista incrementaram as atividades educativas de promoção sobre alimentação saudável mediante palestras onde se utilizem folhetos, também se realizaram conferências onde este seja o tema fundamental.

Engajamento Público:

Detalhamento: Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. O médico, a nutricionista e a enfermeira durante as consultas e atividades de grupos realizaram ações de promoção de saúde mediante palestras educativas sobre a importância da alimentação saudável. A equipe realizará conferencias audiovisuais com a comunidade sobre este tema e as consequências para a saúde.

Qualificação da Prática Clínica:

Detalhamento: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. O médico, a nutricionista e a enfermeira capacitarão a toda a equipe mensalmente mediante atividades informativas como palestras com folhetos e conferências sobre a alimentação saudável.

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

Monitoramento e avaliação:

Detalhamento: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos. Em conjunto com a nutricionista a enfermeira e o médico se realizaram atividade de promoção de saúde a traves de folhetos palestra com a comunidade sobre hábitos alimentícios saudáveis para os usuários diabéticos.

Organização e gestão do serviço:

Detalhamento: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. O médico e a nutricionista incrementarão as atividades educativas de promoção sobre alimentação saudável mediante palestras onde se utilizem folhetos, também se realizaram conferências onde este seja o tema fundamental.

Engajamento Público:

Detalhamento: Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. O médico, a nutricionista e a enfermeira durante as consultas e atividades de grupos realizaram ações de promoção de saúde mediante palestras educativas sobre a importância da alimentação saudável. A equipe realizará conferências audiovisuais com a comunidade sobre este tema e as consequências para a saúde.

Qualificação da Prática Clínica:

Detalhamento: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. O médico, a nutricionista e a enfermeira capacitarão a equipe mensalmente mediante atividades informativas como palestras com folhetos e conferências sobre a alimentação saudável.

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

Monitoramento e avaliação:

Detalhamento: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos. O médico e a enfermeira monitoraram a realização atividades de promoção sobre a importância da prática regular de exercício físico.

Organização e gestão do serviço:

Detalhamento: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Realizar o médico junto com o educador físico e a enfermeira palestras educativas com a comunidade e os grupos de usuários hipertensos sobre a importância de a prática de exercício físico. Organizar práticas coletivas para a orientação de atividade física. Incentivar a criação de espaços na comunidade com apoio do educador físico para a prática de exercício físico.

Engajamento Público:

Detalhamento: Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. O médico, o educador físico e a enfermeira realizaram ações de promoção a través de palestras educativas sobre a importância da prática de atividade física regular. Organizar prática coletivas para a orientação de atividade física. Incentivar a criação de espaços na comunidade com apoio do educador físico para a prática de exercício físico.

Qualificação da Prática Clínica:

Detalhamento: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. O médico, a enfermeira e o educador físico realizaram atividades informativas em forma de palestras educativas, conferências, se utilizaram folhetos para informar a toda a equipe sobre a importância prática de exercício físico.

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

Monitoramento e avaliação:

Detalhamento: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos. O médico e a enfermeira monitoraram a realização atividades de promoção sobre a importância da prática regular de exercício físico.

Organização e gestão do serviço:

Detalhamento: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Realizar o médico junto com o educador físico e a enfermeira palestras educativas com a comunidade e os grupos de usuários diabéticos sobre a importância de a prática de exercício físico. Organizar práticas coletivas para a orientação de atividade física. Incentivar a criação de espaços na comunidade com apoio do educador físico para a prática de exercício físico.

Engajamento Público:

Detalhamento: Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. O médico, o educador físico e a enfermeira realizaram ações de promoção a través de palestras educativas sobre a importância da prática de atividade física regular. Organizar prática coletivas para a orientação

de atividade física. Incentivar a criação de espaços na comunidade com apoio do educador físico para a prática de exercício físico.

Qualificação da Prática Clínica:

Detalhamento: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. O médico a enfermeira e o educador físico realizaram atividades informativas em forma de palestras educativas, conferências, utilizaram folhetos para informar a toda a equipe sobre a importância prática de exercício físico.

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

Monitoramento e avaliação:

Detalhamento: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos. Realizaram-se atividades de promoção contínuas com os usuários hipertensos e a comunidade sobre os riscos e as complicações do tabagismo. Também durante as consultas individuais a cada paciente o médico e a enfermeira falaram sobre este tema.

Organização e gestão do serviço:

Detalhamento: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Se falara com a gestora a importância da compra de medicamentos para o tabagismo, se criara na comunidade grupos de tabagismo onde se facilitem os medicamentos previa coordenação com a gestora.

Engajamento Público:

Detalhamento: Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Informar aos pacientes hipertensos tabagistas durante as consultas e atividades com a comunidade sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Também orientaram a ACS sobre a existência deste tratamento para que durante as visitas domiciliares informem aos usuários.

Qualificação da Prática Clínica:

Detalhamento: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. Realizar atividades informativas mensalmente mediante conferências, palestras a todos os membros da equipe sobre o tratamento do tabagismo.

Capacitar a equipe mediante palestras educativas sobre como realizar ações de promoção e prevenção do tabagismo.

Meta 6 – Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Monitoramento e avaliação: Detalhamento: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos. Se realizara atividades de promoção contínuas com os usuários hipertensos e a comunidade sobre os riscos e as complicações do tabagismo. Também durante as consultas individuais a cada paciente o médico e a enfermeira falaram sobre este tema.

Organização e gestão do serviço:

Detalhamento: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Se falara com a gestora a importância da compra de medicamentos para o tabagismo, se criara na comunidade grupos de tabagismo onde se facilitem os medicamentos previa coordenação com a gestora.

Engajamento Público:

Detalhamento: Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Informar aos pacientes hipertensos tabagistas durante as consultas e atividades com a comunidade sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Também orientaram a ACS sobre a existência deste tratamento para que durante as visitas domiciliares informem aos usuários.

Qualificação da Prática Clínica:

Detalhamento: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. Realizar atividades informativas mensalmente mediante conferências, palestras a todos os membros da equipe sobre o tratamento do tabagismo. Capacitar a equipe mediante palestras educativas sobre como realizar ações de promoção e prevenção do tabagismo.

Meta 7 – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação:

Detalhamento: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos. O médico e a enfermeira realizarão ações de promoção e prevenção de saúde bucal.

Organização e gestão do serviço:

Detalhamento: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. O médico e a enfermeira durante as consultas orientaram mediante palestras educativas a cada usuário sobre como manter uma adequada higiene bucal para assim evitar complicações relacionadas com as afecções odontológicas.

Engajamento Público:

Detalhamento: Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal. Em cada consulta se orientara aos usuários e seus familiares sobre como manter uma adequada higiene bucal. Se realizara atividades com a comunidade como: palestras educativas onde se utilizem folhetos com a finalidade de dar a conhecer a importância de manter uma boa higiene bucal. Também se orientaram a todos os usuários durante as consultas ou atividades com a comunidade sobre os riscos consequentes de não manter uma adequada higiene bucal.

Qualificação da Prática Clínica:

Detalhamento: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal. Realizar atividades educativas com a equipe sobre orientações de higiene bucal. O médico e a enfermeira capacitaram a toda a equipe mediante palestras educativas sobre as principais medidas para manter adequada higiene bucal. Se realizaram demonstrações com os mesmos integrantes da equipe sobre a técnica correta para escovar os dentes.

Meta 8 – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabético.

Monitoramento e avaliação:

Detalhamento: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos. O médico e a enfermeira realizarão ações de promoção e prevenção de saúde bucal.

Organização e gestão do serviço:

Detalhamento: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. O médico e a enfermeira durante as consultas orientaram mediante palestras educativas a cada usuário sobre como manter uma adequada higiene bucal para assim evitar complicações relacionadas com as afecções odontológicas.

Engajamento Público:

Detalhamento: Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal. Em cada consulta se orientara aos usuários e seus familiares sobre como manter uma adequada higiene bucal. Se realizara atividades com a comunidade como: palestras educativas onde se utilizem folhetos com a finalidade de dar a conhecer a importância de manter uma boa higiene bucal. Também se orientaram a todos os usuários durante as consultas ou atividades com a comunidade sobre os riscos consequentes de não manter uma adequada higiene bucal.

Qualificação da Prática Clínica:

Detalhamento: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal. Realizar atividades educativas com a equipe sobre orientações de higiene bucal. O médico e a enfermeira capacitaram a toda a equipe mediante palestras educativas sobre as principais medidas para manter adequada higiene bucal. Se realizaram demonstrações com os mesmos integrantes da equipe sobre a técnica correta para escovar os dentes.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão aos hipertensos e diabéticos ao programa.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 5 Mapear o risco dos hipertensos e diabéticos para doença cardiovascular.

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

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

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

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

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

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

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

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

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus vamos adotar o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, Brasília, 2013. Utilizaremos a ficha de HAS e DM disponíveis no município. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, dados relativos a estratificação de risco cardiovascular, exames complementares periódicos, exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e a medida da sensibilidade dos pés aos usuários diabéticos. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção o médico e a enfermeira vamos elaborar uma ficha complementar com todos os dados. Estimamos alcançar com a intervenção 80% dos hipertensos e diabéticos. Faremos contato com a gestora municipal para dispor das 360 fichas (que correspondem aos 80% de usuários hipertensos) e de 89 fichas para os usuários diabéticos, necessárias e para imprimir as 449 fichas complementares que serão anexadas às fichas. Para acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha para coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará durante a intervenção o livro de registro identificando todos os usuários que receberam atendimento. A profissional localizará as fichas de atendimento ambulatorial destes usuários e transcreverá durante a intervenção todas as informações disponíveis nas fichas de atendimento ambulatorial para a ficha complementar. Ao mesmo tempo que será realizado o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames laboratoriais em atraso, imunizações e sobre as orientações recebidas sobre alimentação saudável, prática de exercício físicos e tabagismo.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas complementares dos usuários hipertensos e diabéticos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. A agente comunitária de saúde fará busca ativa de todos os usuários hipertensos e diabéticos em atraso, estima-se 5 por dia totalizando 100 por mês, agendará consulta para um horário adequado e ajustado ao funcionamento da UBS. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe de trabalho. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Manual Técnico de Hipertensão e Diabetes para que toda a equipe utilize estas referências na atenção a estes usuários. A capacitação ocorrerá na área de atuação, para isto serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião da equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Estas capacitações se realizaram uma vez por semana.

Faremos contato com a associação de moradores, representantes da comunidade (líderes formais e informais da comunidade) em diferentes sítios da área de atuação (igrejas, praça, etc) e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do rastreamento de usuários com estas doenças, de medir a pressão arterial a todos os usuários maiores de 18 anos além de fazer o teste de glicose a todos aqueles com fatores de risco de diabetes e com história familiar desta doença, assim como a importância de assistir a consultas programadas. Solicitaremos apoio destes integrantes da comunidade no sentido de ampliar a busca ativa dos usuários faltosos e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional com o objetivo de melhorar as condições de vida e evitar as complicações que comprometem a vida dos pacientes, famílias e a sociedade. Realizaremos estas atividades uma vez ao mês. Também será realizado mensalmente atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos, onde os diferentes profissionais da equipe oferecerão palestras educativas sobre os riscos do tabagismo, alcoolismo, a importância de cuidar a alimentação, da prática de atividade física regular e da higiene bucal.

Os usuários serão acompanhados durante as consultas e visitas domiciliares, com agendamento de acordo à gravidade dos casos. Os usuários que vem buscando o serviço com problemas agudos serão acolhidos para atendimento no mesmo turno para agilizar o tratamento. Os usuários que buscam consultas de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que três dias. Todos os usuários que receberão atendimento terá agendada a próxima consulta. Para acolher a demanda de problemas agudos não há necessidade de alterar a organização da agenda, este serão priorizado nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agenda as consultas dos

usuários hipertensos e diabéticos provenientes de busca ativa serão reservadas 5 consultas diárias.

3 Relatório da Intervenção

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

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Ao alcançar a décima segunda semana de trabalho desenvolvendo o projeto de intervenção à equipe está satisfeita de poder oferecer para nosso município um lindo e comprometido esforço por cuidar de sua saúde e de culminar uma dura etapa de trabalho no desenvolvimento da especialidade em Saúde da Família, na qual como projeto serviu para implementar um melhor atendimento aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus em nossa comunidade. O projeto nos permitiu conhecer com profundidade as condições de vida, o jeito de como percebem a saúde, de como enfrentam suas doenças, a percepção de risco, o interesse que assumem antes de ter conhecimentos sobre a HAS e DM, e logo quando a equipe atua e desenvolve um seguimento educativo e científico.

Temos conseguido incorporar ao seguimento em consultas a muitos usuários que só compravam remédios nas farmácias populares, com tratamentos impostos por anos, sem serem avaliados de forma contínua. Para reverter isto, foi

muito importante o cumprimento de uma ação planejada por a equipe que foi o a capacitação dos profissionais da equipe de saúde sobre o protocolo de hipertensão arterial e diabetes mellitus. No qual, em cada reunião semanal, o médico e a enfermeira falavam sobre os distintos temas precisos, que permitiram uma melhor orientação das agentes aos usuários. Favorecendo o cumprimento de ações como a capacitação da equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. As mesmas referiam que em muitos anos não aprenderam o que conseguiram nesta etapa, o qual demostro o importante desta ação. Usuários com vários fatores de risco como obesidade e sedentarismo que não conheciam seus pesos corporais ou índice de massas corporais. Que tendo a seu alcance uma nutricionista na UBS nunca receberam uma consulta, outros desconheciam a importância da saúde bucal, no caso dos diabéticos é primordial ter uma boa atenção bucal. Referente a atenção bucal todos os usuários forem avaliados.

Encontramos usuários com tratamentos monoterapêuticos por mais de dez anos e com valores alterados da pressão arterial e glicose. Muitos com condições de ter aparelhos de pressão arterial e glicose, para controlar os valores das doenças que tratamos e não acreditavam na prioridade de ter em casa (Esfigmomanômetro e glicômetro). Ainda que a unidade de saúde fornece aos usuários com diabetes mellitus tipo I, dos recursos para o controle. Outros com os aparelhos, mas sem conhecimentos para usá-los, para os quais capacitamos aos familiares e próprios usuários. Tudo isto também foi logrado pôr o trabalho individual de cada membro da equipe, o qual foi estabelecido como uma ação; o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática. Preconceitos das doenças, como por exemplo, só consumir os remédios quando se sentiram mal, alguns diziam que não podiam tomar os remédios todos os dias, pois logo o corpo se acostuma, ou que só vai ao médico quando precisar, a pressão está bem em casa e quando venho no posto ela fica ruim, etc. Tudo foi e está sendo corrigido na população abrangente de nossa área. Todos estes elementos são problemas que identificamos e temos modificado em nosso dia a dia, para o bem da população e sua saúde, e para a satisfação de um grupo de profissionais que trabalhamos com amor e respeito à profissão que escolhemos.

O cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área adstrita no programa foi o problema fundamental porque só tivemos 3 novos usuários hipertensos e 2 novos usuários diabéticos cadastrados. Apesar de que realizamos

várias capacitações com toda a equipe para incrementar o número de usuários cadastrados que infelizmente não conseguimos cumprir com esse objetivo.

Nesta etapa também aumentamos o número de visitas domiciliares, e consultas de seguimento planejadas no posto de saúde. O número de usuários encaminhados para atenção secundária de saúde por descontrole da HAS e DM, ou complicações causadas pelas mesmas foi inferior a anos anteriores. Conseguimos fazer o seguimento certo de 352 usuários para este período, que não se corresponde com as metas planejadas, já que todos os pacientes não assistiram às consultas planejadas a maioria dos pacientes faltosos trabalham e por esta causa foi que a falta e também como o projeto foi reduzido a só 12 semanas em razão das férias da coordenadora do projeto, e as atividades estavam planejadas para 16 semanas, essa foi outra causa porque não conseguimos atender a todos os usuários já que nesta UBS temos muita demanda espontânea que pelas condições de saúde do município tem que ser atendidas. Conseguimos capacitar com maior profundidade os conhecimentos das doenças com a equipe, para orientar e seguir melhor aos usuários.

A população está satisfeita com o trabalho feito, reconhecem e agradecem as visitas a suas casas e o trabalho oferecido, falam que é algo importante para a comunidade. Que antes não acontecia com a frequência e qualidade que hoje, nossa equipe de saúde propõe cada semana. Referem que antes só eram visitas dos que solicitavam a presença dos profissionais, e hoje não. Hoje de forma continua a equipe visita as moradias fazendo ações de prevenção e promoção de saúde, controle de doenças, tratamentos, busca de pacientes faltosos a consultas de seguimento.

Dentro das ações planejadas no projeto consideramos haver cumprido com as mesmas. Divulgamos a existência de um Programa de controle de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Ampliamos a cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na unidade de saúde de forma integral. Facilitando as consultas agendadas a demanda espontânea para quem precisa, o controle clínico e mediante exames complementares, referências a consultas com outras especialidades médicas, na atenção secundária de saúde quando necessário. Melhoramos o registro das informações de cada usuário mediante o sistema E-SUS, o qual permite conhecer a história de seguimento de cada usuário, assim como cada procedimento feito. Conseguimos orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e

à importância de o acompanhamento regular o qual teve bom resultado na elevação da percepção de risco das doenças. Esclarecemos aos pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação e atividade física). O que permitiu que muitos se incorporaram a realização de atividade física do grupo que organiza a prefeitura do município com professores de educação física, a realização de exercícios na academia, assim como consultas com a nutricionista na UBS.

Até o momento, consideramos que nosso trabalho empenhado nos permitiu conseguir indicadores qualitativos e quantitativos adequados, respeitando o planejado do projeto. Desenvolver o diagnóstico dos usuários com diabetes mellitus foi mais complicado que os usuários com hipertensão arterial, pelo jeito de que precisa de exame de laboratório, o qual não depende só de nosso trabalho, se não, da responsabilidade dos usuários em estudo, os quais, ainda que a equipe desenvolve promoção de saúde muitos não chegam a ter uma verdadeira percepção de risco. No entanto a equipe continuou trabalhando objetivando ter as metas propostas.

Os indicadores de qualidade de atendimento foram bons. Resgatamos os usuários que em ocasiões se tornaram faltosos na consulta, esclarecendo sobre a importância da periodicidade para a mensuração da pressão arterial e da glicose em usuários maiores de 18 anos, o qual favoreceu que muitos se incluíssem a nossa rotina de seguimento contínuo. Todos os usuários foram avaliados de acordo com atendimento odontológico.

Foi realizado um ótimo trabalho com este grupo de usuários, que padecem destas universais doenças. Percebemos o interesse dos usuários por participar nas diferentes ações, se sentem melhor atendidos, com um controle contínuo da pressão arterial e glicose, assim como o trabalho para evitar complicações a curto, mediana e longo prazo. Os exames de 6 em 6 meses para os mais complicados e de 1 em 1 ano para os mais estáveis, são elementos incorporados a nosso dia a dia. As consultas com a nutricionista na Unidade de Saúde, a realização de atividade física, de forma individual e com o grupo de obesos, a participação em atividades de promoção de saúde, são elementos que estão incorporado a nosso trabalho diário. Presentes antes do início de projeto alguns deles, outros não, mais aperfeiçoados todos, favorecem hoje em dia que nosso enfoque de trabalho para este grupo seja muito melhor que etapas passadas. O trabalho com os diferentes grupos de usuários

com hipertensão e diabetes foi muito mais fácil já que cada mês realizávamos palestras tanto com eles como com a comunidade em geral que queria participar assim ajudava a divulgar na comunidade o trabalho tão importante que estávamos fazendo e assim objetivamos modificar estilos de vida e incorporar muito mais usuários com estas doenças a nossos grupos e as diferentes atividades realizadas durante a intervenção.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Quase todas as ações propostas no projeto foram desenvolvidas em sua totalidade. O principal problema foi no cadastramento dos pacientes com HAS e DM onde houve poucos novos cadastros ao longo da intervenção de acordo com o planejado. Também durante a intervenção todos os usuários não conseguiram assistir às consultas porque a maioria deles trabalham e verdadeiramente a equipe não encontrou a maneira para resolver essa situação.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

O preenchimento das planilhas durante a coleta dos dados ocorreu sem dificuldades, em relação aos dados alcançados e os pacientes atendidos durante a intervenção foram muito bons, onde se alcançou cumprir quase em sua totalidade a maioria dos indicadores. A maior dificuldade foi realmente a digitação dos dados semanalmente, que foi uma das partes mais trabalhosa das etapas, assim como com relação à coleta e sistematização dos dados, fechamentos das planilhas e cálculos dos indicadores que também foram trabalhosos.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Na intervenção foram criadas muitas estratégias para um melhor funcionamento e organização do trabalho, seguiremos utilizando em nosso dia a dia, todas as estratégias implementadas, por exemplo temos que continuar com o cadastramentos de paciente com HAS e DM, durante as consultas afim de atingir a meta pactuada, continuaremos com a avaliação integral do usuário tratando que

sempre seja realizado os exames complementares de acordo com os protocolos de atendimento, seguiremos em contato com as lideranças comunitárias para que ajudem ao bom funcionamento do trabalho, continuaremos também as palestras e reuniões com a comunidade, seguiremos sensibilizando a toda a equipe mediante as capacitações para continuar cada dia melhorando a qualidade na atenção.

4 Avaliação da intervenção

Este capítulo trata dos resultados obtidos no projeto de intervenção no período de 02 de abril de 2015 à 05 de julho de 2015, também descreve a discussão realizada acerca dos benefícios que este trabalho trouxe para a equipe, unidade e comunidade, além do relatório escrito para o gestor e para a comunidade, e que contém tudo o que aconteceu de estruturação na UBS, resultados obtidos, dificuldades e facilidades enfrentadas.

4.1 Resultados

Neste item serão abordados os resultados obtidos ao longo destes três meses de intervenção para cada meta. Serão abordados de forma quantitativa inicialmente sendo descritas as metas e os indicadores e sua evolução no decorrer dos três meses e por fim será realizada uma análise conclusiva de forma qualitativa, analisaremos as ações, descrevendo o grau de implementação das ações propostas. É válido ressaltar que durante a intervenção foram trabalhados 6 objetivos com o intuito de qualificar o cuidado ao hipertenso e diabético. Durante a intervenção a UBS possuía uma população total de 2,500 usuários, estimativa de pessoas com 20 anos ou mais 1,675 destes 450 hipertensos e 112 diabéticos adstritos. A partir de agora serão descritos os resultados obtidos para cada objetivo e meta.

O Objetivo 1 de ampliar a cobertura do Programa de Saúde do hipertenso e diabético teve as seguintes metas:

A meta 1,1 foi de ampliar a cobertura de atenção à saúde do hipertenso da área da unidade de saúde para 80%, desta forma teve como indicador o número de hipertensos cadastrados no programa entre o número de hipertensos pertencentes à

área de abrangência da unidade de saúde. Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção como observado na figura 1. No 1º mês de um total de 450 hipertensos, 82 foram cadastrados e acompanhados no programa, representando um percentual de 18,2%; no 2º e 3º mês, foram cadastradas 142 e 269 hipertensos representando uma cobertura de 31,8% e 59,8% respectivamente no programa da unidade (Figura 1).

É válido destacar que a meta não foi atingida conforme pactuado, isto pelo fato de vários fatores como o curto período de tempo para realizar a intervenção, apenas 12 semanas em decorrência das férias da coordenadora da intervenção no mês de março que reduziu em quatro semanas a intervenção e alguns feriados, além dos pacientes que não conseguimos atender durante este período porque trabalham e que não conseguem assistir às consultas. No entanto, o indicador foi avaliado positivamente, pois permitiu um grande avanço no acompanhamento, além de que pretende-se ampliar esta cobertura gradativamente ao longo dos próximos meses.

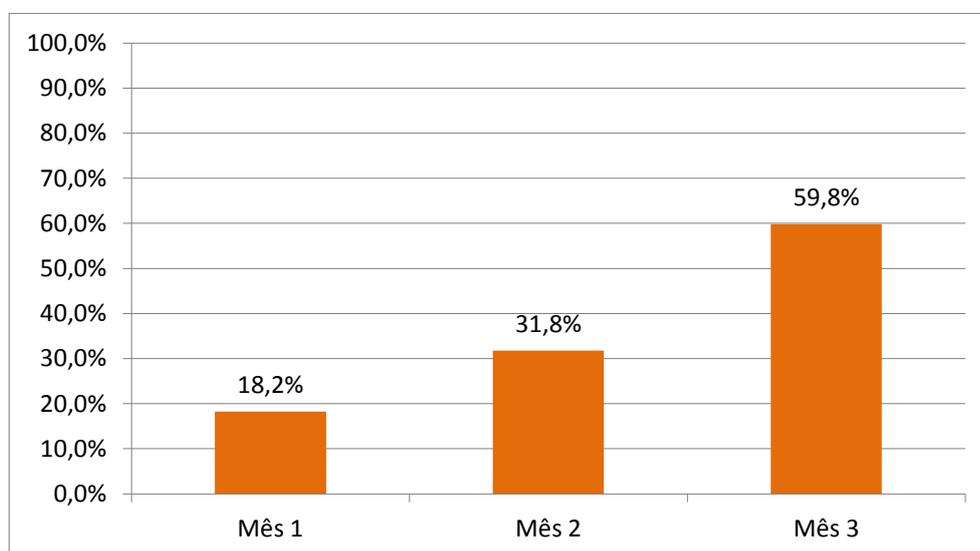


Figura 1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde.

A meta 1,2 foi de ampliar a cobertura de atenção à saúde do diabético da área da unidade de saúde para 80%, desta forma teve como indicador o número de diabéticos cadastrados no programa entre o número de diabéticos pertencentes à

área de abrangência da unidade de saúde. Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção como observado na figura 2. No 1º mês de um total de 112 diabéticos, 21 foram cadastrados e acompanhados no programa, representado um percentual de 18,8%; no 2º e 3º mês, foram cadastradas 36 e 83 diabéticos representando uma cobertura de 32,1% e 74,1% respectivamente no programa da unidade (Figura 2).

É válido destacar que a meta não foi atingida conforme pactuado, isto pelo fato de vários fatores como o curto período de tempo para realizar a intervenção, apenas 12 semanas e as férias da coordenadora da intervenção no mês de março que reduziu em quatro semanas a intervenção e alguns feriados, além dos pacientes que não conseguimos atender durante este período porque trabalham e que não conseguem assistir às consultas. No entanto, o indicador foi avaliado positivamente, pois permitiu um grande avanço no acompanhamento, além de que pretende-se ampliar esta cobertura gradativamente ao longo dos próximos meses.

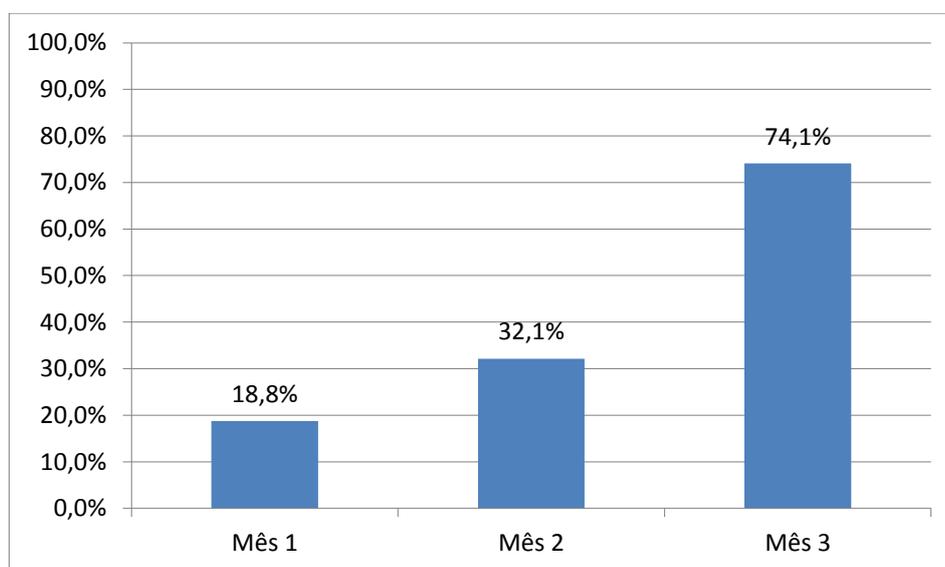


Figura 2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde.

No objetivo 2 de melhorar a qualidade do atendimento dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus.

As Metas 2.1 e 2.2 foi realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados. Foi avaliado o número de hipertensos com exame clínico apropriado com relação ao número de hipertensos 450 cadastrados

no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde. Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês cadastrados 82, avaliados 100%, no 2º mês cadastrados 143, avaliados 100% e no 3º mês cadastrado 269, avaliados 100%. Da mesma forma que foi avaliado o número de diabéticos com exame clínico apropriado em dia com relação ao número de diabéticos 112 cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde. Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês cadastrados 21, avaliados 100%, no 2º mês cadastrados 36, avaliados 100% e no 3º mês cadastrado 83, avaliados 100%. Este indicador foi cumprido em 100% em razão da avaliação precisa da médica da Unidade nas consultas o que atingiu a meta pactuada para este indicador de qualidade nas consultas durante a intervenção.

As Meta 2.3 e 2.4 foi de garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Foi avaliado o número de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo com relação ao número de hipertensos cadastrados no programa. Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês cadastrados 82, avaliados 100%, no 2º mês cadastrados 143, avaliados 100% e no 3º mês cadastrado 269, avaliados 100%. Da mesma forma que foi avaliado o número de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo com relação ao número de diabéticos cadastrados no programa. Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês cadastrados 21, avaliados 100%, no 2º mês cadastrados 36, avaliados 100% e no 3º mês cadastrado 83, avaliados 100%. Este indicador foi cumprido em 100%, ou seja todos os hipertensos e diabéticos cadastrados tiveram exames complementares solicitados conforme protocolo pois foi fornecido a autorização dos exames pela secretaria de saúde o que atingiu a meta pactuada para este indicador de qualidade nas consultas durante a intervenção.

As metas 2.5 e 2.6, priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Foi avaliado o número de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada com relação aos hipertensos cadastrados no programa. Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês cadastrados 82, com prescrição 100%, no 2º mês cadastrados 143, com prescrição

100% e no 3º mês cadastrado 269, com prescrição 100%. Da mesma forma que foi avaliado o número de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada com relação aos diabéticos cadastrados no programa. Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês cadastrados 21, com prescrição 100%, no 2º mês cadastrados 36, com prescrição 100% e no 3º mês cadastrado 83, com prescrição 100%. Este indicador foi cumprido em 100%, ou seja, todos os hipertensos e diabéticos cadastrados tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada, pois são medicamentos que estão disponíveis sem custo ao usuário o que atingiu a meta pactuada para este indicador de qualidade nas consultas durante a intervenção.

Metas 2.7 e 2.8, realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos. Com relação aos hipertensos cadastrados obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês cadastrados 82, avaliados 100%, no 2º mês cadastrados 143, avaliados 100% e no 3º mês cadastrado 269, avaliados 100%. Da mesma forma com relação aos diabéticos cadastrados no 1º mês cadastrados 21, avaliados 100%, no 2º mês cadastrados 36, avaliados 100% e no 3º mês cadastrado 83, avaliados 100%. Este indicador foi cumprido em 100%, ou seja, todos os hipertensos e diabéticos cadastrados tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, pois a equipe foi treinada para a avaliação, o que atingiu a meta pactuada para este indicador de qualidade nas consultas durante a intervenção.

No objetivo 3 de melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa

Realizar a busca ativa a 100% dos usuários Hipertensos e Diabéticos faltosos as consultas durante a intervenção. Este indicador foi cumprido em 100%, ou seja, todos os hipertensos e diabéticos cadastrados receberam convite para participar das avaliações com a ajuda principalmente das agentes comunitárias e com a participação de toda a equipe em geral agendando o horário para o atendimento na Unidade, portanto atingindo a meta pactuada para este indicador de qualidade nas consultas durante a intervenção, pois nenhum hipertenso e diabético faltou a consulta agendada.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações.

Manter a ficha de acompanhamento a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos na unidade de saúde. Nesta meta objetivamos manter a ficha de acompanhamento a 100% dos pacientes cadastrados com Hipertensão Arterial e

Diabetes Mellitus na unidade de saúde. Com relação aos hipertensos cadastrados obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês cadastrados 82, com ficha de acompanhamento 100%, no 2º mês cadastrados 143, com ficha de acompanhamento 100% e no 3º mês cadastrado 269, com ficha de acompanhamento 100%. Da mesma forma com relação aos diabéticos cadastrados no 1º mês cadastrados 21, com ficha de acompanhamento 100%, no 2º mês cadastrados 36, com ficha de acompanhamento 100% e no 3º mês cadastrado 83, com ficha de acompanhamento 100%. Este indicador foi cumprido em 100%, ou seja, todos os hipertensos e diabéticos cadastrados tiveram ficha de acompanhamento preenchida pelos pela equipe que foi treinada para o registro adequado, o que atingiu a meta pactuada para este indicador de qualidade nas consultas durante a intervenção.

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

Realização de estratificação de risco cardiovascular ao 100% dos pacientes cadastrados hipertensos e diabéticos na unidade de saúde. Com relação aos hipertensos cadastrados obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês cadastrados 82, avaliados 100%, no 2º mês cadastrados 143, avaliados 100% e no 3º mês cadastrado 269, avaliados 100%. Da mesma forma com relação aos diabéticos cadastrados no 1º mês cadastrados 21, avaliados 100%, no 2º mês cadastrados 36, avaliados 100% e no 3º mês cadastrado 83, avaliados 100%. Esta meta foi cumprida totalmente já que foi realizado avaliação de risco cardiovascular a todos os usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus cadastrados pela médica responsável pelo projeto nas consultas durante o projeto de intervenção.

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos. Com relação aos hipertensos cadastrados obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês cadastrados 82, orientados 100%, no 2º mês cadastrados 143, orientados 100% e no 3º mês cadastrado 269, orientados 100%. Da mesma forma com relação aos diabéticos cadastrados no 1º mês cadastrados 21, orientados 100%, no 2º mês cadastrados 36, orientados 100% e no 3º mês cadastrado 83, orientados 100%. Durante a intervenção todos os usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus

receberem orientações sobre alimentação saudável em da participação toda a equipe nas diferentes capacitações orientamos as agentes comunitárias, técnica de enfermagem, também contamos com o apoio da nutricionista.

Meta 6.2 Garantir orientação em relação á prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos. Com relação aos hipertensos cadastrados obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês cadastrados 82, orientados 100%, no 2º mês cadastrados 143, orientados 100% e no 3º mês cadastrado 269, orientados 100%. Da mesma forma com relação aos diabéticos cadastrados no 1º mês cadastrados 21, orientados 100%, no 2º mês cadastrados 36, orientados 100% e no 3º mês cadastrado 83, orientados 100%. Neste indicador 100% dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus receberam orientações sobre a importância da pratica de atividade física, em razão da capacitação da equipe o que foi avaliado como positivo.

Meta 6.3 Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Com relação aos hipertensos cadastrados obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês cadastrados 82, orientados 100%, no 2º mês cadastrados 143, orientados 100% e no 3º mês cadastrado 269, orientados 100%. Da mesma forma com relação aos diabéticos cadastrados no 1º mês cadastrados 21, orientados 100%, no 2º mês cadastrados 36, orientados 100% e no 3º mês cadastrado 83, orientados 100%. Esta meta também foi cumprida em sua totalidade, todos os usuários atendidos receberam orientações em razão das capacitações da equipe durante a intervenção sobre todos os riscos que pode provocar o hábito de fumar para a saúde e as diferentes complicações que pode ocasionar.

Meta 6.4 Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Com relação aos hipertensos cadastrados obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês cadastrados 82, orientados 100%, no 2º mês cadastrados 143, orientados 100% e no 3º mês cadastrado 269, orientados 100%. Da mesma forma com relação aos diabéticos cadastrados no 1º mês cadastrados 21, orientados 100%, no 2º mês cadastrados 36, orientados 100% e no 3º mês cadastrado 83, orientados 100%. Todos os pacientes receberam orientações durante o projeto sobre como manter uma adequada higiene bucal para este tema contamos com o apoio além de toda a equipe, também com o odontólogo.

O projeto de intervenção melhorou sem dúvidas, a qualidade da atenção integral ao usuário com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Objetivamos criar uma maior adesão as consultas agendadas e de seguimento aos usuários o qual favoreceu aumentar os exames clínicos. Aumentamos a realização de exames complementares e com isto o controle das doenças e os fatores de risco. A prescrição de medicamentos da farmácia popular, conseguimos que suas totalidades pegassem ao menos um remédio, de hiperdia na farmácia popular, o qual favorece a economia dos usuários e favorece mediante a realização das receitas médicas a aquisição dos produtos, de um jeito organizado. Assim como o planejamento certo do pedido dos remédios por parte do serviço de farmácia do posto de saúde.

4.2 Discussão

O processo de intervenção na Unidade de Saúde foi muito importante, pois propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, objetivamos uma melhoria nos registros dos usuários já que todos foram registrados nas fichas de acompanhamento. Também melhorou muito a qualidade da atenção, todos os pacientes foram avaliados com relação a estratificação de risco cardiovascular em caso dos pacientes diabéticos foi examinado os pés indicado medidas para o cuidado dos mesmos. Logramos que o atendimento odontológico de todos os pacientes, a realização dos exames complementares fosse ofertado a todos os diabéticos e hipertensos avaliados. Também receberam orientações sobre a importância de uma boa alimentação, sobre a prática de atividade física, sobre higiene bucal, sobre os riscos do tabagismo. Foi realizada busca ativa aos pacientes faltosos e com consulta em atraso.

Durante a intervenção nossa equipe esteve em constantes capacitações que ajudaram para que o trabalho funcionasse melhor. Mediante conferências que foram realizadas por mim na maioria das vezes, e pela enfermeira onde foi abordado sobre temas relacionados como estabelecer diagnósticos dos pacientes com estas doenças, os diferentes protocolos de atenção, como medir a pressão arterial de forma correta, a importância da assistência dos pacientes às consultas marcadas, os diferentes fatores de riscos destas doenças. Com este trabalho conseguimos a

integralidade no cuidado e trabalho em equipe e também um maior conhecimento por parte das técnicas de enfermagem, das agentes comunitárias com relação a estas doenças e assim saber como atuar.

Antes de começar a intervenção, a atenção aos pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus era praticamente só função da medica, depois que começamos o trabalho conseguimos a participação integral de toda a equipe a qual fico motivada desde o primeiro momento que foi explicado o trabalho que se realizaria. Logramos a melhoria do registro e os agendamentos dos usuários hipertensos e diabéticos e se logro organizar a agenda para que a demanda espontânea se atendera e não dificultaria o atendimento dos hipertensos e diabéticos durante a intervenção. Com as diferentes capacitações realizadas também logramos a classificação de risco para cada usuário com HAS e DM para assim determinar a priorização de atendimento dos mesmos.

O impacto do projeto para minha comunidade foi muito bom, a comunidade está muito feliz com o trabalho realizado, várias vezes durante o projeto foram realizadas atividades com a mesma, por exemplo as palestras educativas, tivemos a participação de muitos familiares dos pacientes com estas doenças que gostarem muito do trabalho realizado e que aprenderam como ajudar a seus familiares a conviver de maneira melhor com sua doença. Algumas vezes tivemos problemas porque os usuários desconheciam o trabalho que se estava fazendo e ficavam questionando as demoras das consultas, porém pouco a pouco com paciência por parte de toda a equipe se foi explicando e eles entenderem. Um aspecto muito importante e que ajudo bastante a realização de forma melhor do projeto foi a participação das lideranças comunitárias de maneira incondicional. A pesar do trabalho maravilhoso realizado ainda temos que ampliar a cobertura do programa para os pacientes com HAS e DM.

De maneira geral eu acho que a intervenção em minha comunidade foi bastante boa. O que eu faria diferente se começara novamente a intervenção seria dar uma melhor capacitação as agentes comunitárias e a toda a equipe para objetivar aumentar o cadastramento de usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus já que esse foi o principal problema durante a intervenção e pouco cadastramento de usuários com estas doenças. Também desde o começo orientaria a toda minha comunidade sobre o trabalho que se realizaria para que eles ficaram sabendo sobre a importância do mesmo. Agora que estamos no fim da intervenção

toda equipe temos mais experiência sobre como fazer as coisas de maneira melhor para que o trabalho fique organizado e muito bom.

A intervenção deixa para nossa equipe uma experiência muito maravilhosa de como realizar e organizar nosso trabalho do dia a dia. A partir de agora temos a meta de ampliar a cobertura de atendimento para este grupo de usuários sobre todo os de alto risco, assim como aumentar o cadastramento dos mesmos. Continuaremos trabalhando com a ficha de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos para assim ter um melhor controle.

Nos próximos meses nossa equipe se propôs continuar com o trabalho realizado até agora e também vamos melhorar muitos aspectos que tivemos problemas durante a intervenção como já mencionamos anteriormente. Se ampliará a cobertura do atendimento para este grupo de usuários e já temos formado o programa de atenção aos pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, objetivando o cumprimento das metas conforme pactuadas mediante nosso trabalho em conjunto.

5 Relatório da intervenção para gestores

A Estratégia de Saúde da Família Vila Izabel realizou um projeto de intervenção ao longo de três meses iniciou em de 02 de abril de 2015 à 05 de julho de 2015, que teve como objetivo qualificar a atenção à saúde do hipertenso e diabético. Nas doze semanas de intervenção, houve os atendimentos seguindo o Protocolo de atendimento aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do ministério da Saúde. O público-alvo foi composto por usuários pertencentes à área de abrangência da ESF. As metas foram estipuladas e as ações estiveram alicerçadas nos quatro eixos pedagógicos: de qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, engajamento público e monitoramento e avaliação.

No âmbito da intervenção cada profissional, previamente capacitado e conscientes de suas responsabilidades, empenhando-as com exatidão. A secretária na recepção era responsável pelo acolhimento do usuário, primeiro encontro de vital importância para posterior atendimento. A equipe de enfermagem junto com as agentes comunitárias foi encarregada da divulgação da intervenção nas salas de espera e nos encontros de grupos de promoção à saúde e divulgar a importância da prevenção da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. A médica organizou sua agenda de forma a melhor atender aos pacientes, seja na realização dos exames clínicos, indicação de exames complementares e seguimento de investigação e tratamento. A busca ativa de pacientes faltosos à consulta foi feita pelas agentes comunitárias mediante as visitas domiciliares, recuperando assim a maioria dos atendimentos. As informações eram todas discutidas em reunião de equipe, onde se planejavam as atividades com o propósito de atingir as metas e os indicadores previstos.

Ao início da intervenção, a ESF contou com uma população total de 2500 habitantes adstritos dados estimativos que obtivemos através dos prontuários

clínicos e informação estatística da secretaria de saúde do município e os cadastros das agentes comunitárias. Segundo a estimativa de pacientes hipertensos com 20 anos ou mais foi de 450 e diabéticos com 20 anos ou mais 112. Ao final das 12 semanas, o número absoluto de 269 hipertensos acompanhados 59,8%, residentes na área de abrangência e diabéticos 83 procuraram o serviço para o atendimento cerca de 74,1%, de maneira espontânea ou por agendamento prévio. Para ambos indicadores, os números foram ascendendo mês a mês durante a intervenção, comprovando a efetividade da mesma.

Os indicadores de qualidade da intervenção que se cumprirem ao 100%, proporção de diabéticos e hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, proporção de usuários com exames clínicos e exames complementares em dia, avaliação odontológica, estratificação de risco cardiovascular, orientações sobre atividade física, higiene bucal, riscos do tabagismo.

No período compreendido da Intervenção apareceram algumas dificuldades que, na medida do poder de resolubilidade que cabe ao profissional, foram superadas. De início, a Secretaria de Saúde não proveu o material necessário, em condições adequadas, para o desenvolvimento da ação. Alguns profissionais tiveram que usar seus próprios recursos financeiros para cópias de fichas-espelho e confecção do material disponibilizado em cada consultório. Demais insumos para a realização de exames foram providos de maneira dificultosa, após vários contatos com a gestão.

Citam-se também a falta de credibilidade no sistema de saúde pública na cidade, em virtude da demora para realização dos exames, e à inexistência de informações concretas acerca do problema. Há um descompasso na gestão e organização/regulação dos exames. De acordo com informações dos próprios pacientes, alguns com dois meses de solicitação, que são obrigados a fazer nos serviços privados, além das dificuldades econômicas que a maioria apresentam. Tal situação é um ultraje aos preceitos de medicina preventiva, cujo principal objetivo do exame é o rastreamento de fatores de riscos que facilitam o desenvolvimento da Hipertensão arterial e Diabetes mellitus, assim como suas complicações, além da importância para poder estabelecer a classificação de estratificação do risco cardiovascular. Além disso, ajuda com a diminuição de gastos públicos com saúde, além dos indicadores de morbimortalidade da população-alvo.

Esperamos com um bom trabalho em equipe, objetivamos a permanência da intervenção no cotidiano do serviço da ESF. Houve, no geral, uma boa adesão ao programa dada a sensibilização de todos sobre a importância da atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos. Apesar das limitações impostas que fogem a governabilidade do profissional local, percebeu-se que a atenção à saúde na sala de espera, e nas consultas individuais, bem como a ação da equipe são benéficas e complementam as melhorias na atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Foco maior deve ser destinado a essas ações. Apenas mais um adendo quanto à resolubilidade do tempo de espera para a realização de exames complementares, pois estes usuários não podem ser submetidos à má organização ou falha de contratos na saúde pública.

A intervenção fica integrada na rotina diária do ESF pois acreditamos que em poucos meses fiquem beneficiados deste atendimento 100% dos hipertensos e diabéticos da área, para tanto precisamos também da ajuda do gestor para obter os recursos necessários a qualificação da intervenção como as fichas espelhos, exames laboratoriais com resultados em menos tempo Já é sabido que as doenças crônicas tem alta incidência, gera gastos em medicamento, exames e aos serviços de média e alta complexidade, portanto esta é a reivindicação de nossa equipe para que você gestor possa estar pactuando nossas solicitações tendo em vista dos objetivos alcançados com o projeto numa comunidade que necessita muito do acompanhamento e atendimento qualificado. Também solicitamos apoio para implementação de outros projetos, que tenham os mesmos objetivos de qualificação em outras áreas da saúde como saúde da criança, da mulher, do idoso e que almejem a qualificação dos profissionais e vire rotina na ESF

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares, também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais, e esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ambos concentram altas taxas de mortalidade, sobretudo devido ao diagnóstico tardio. Entende-se, portanto, que por serem doenças tão comuns e que matam, é importante a implantação de uma estratégia de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce. A Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2020. No Brasil são cerca de seis milhões de portadores, a números de hoje, e deve alcançar 10 milhões de pessoas. Um indicador macroeconômico a ser considerado é que o diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso impacta de forma muito negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social.

A ESF Vila Izabel conviveu nos últimos meses, de 02 de abril de 2015 à 05 de julho de 2015, a atenção destinada a Saúde dos pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. No transcurso das doze semanas, houve um aumento nos atendimentos médico, na solicitação de exames de laboratório e prescrição de medicamentos pela farmácia popular. Os usuários Hipertensos e Diabéticos pertencentes à área de abrangência da UBS e que tinham idade superior a 20 anos tiveram prioridade nas consultas. As metas foram estipuladas e buscou-se melhorar o atendimento, o registro dos exames e a organização do serviço.

Cada profissional da equipe realizou seu papel: A secretária na recepção era responsável pelo acolhimento marcava as consultas mediante demanda espontânea ou agendamentos, logo era feita pela enfermeira ou técnicas de enfermagem e as agentes comunitárias a divulgação da intervenção nas salas de espera e nos encontros de grupos de promoção à saúde, aproveitando todos os espaços e oportunidades para divulgar a importância da prevenção da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. A médica realizava o atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos previamente agendados, a realização de exames, revisão dos resultados e o seguimento da investigação e tratamento ideal.

Ao final das doze semanas, 269 Hipertensos cerca de 59,8% e 83 Diabéticos cerca de 74,1% procuraram para atendimento médico na unidade sendo avaliadas e cadastrados integralmente registrando sempre os novos usuários. A procura pelo serviço foi crescendo mês a mês, ajudando ao desenvolvimento da intervenção satisfatoriamente. A qualidade do atendimento também melhorou de forma espetacular. Todos os pacientes tiveram suas informações e resultados anotados, os atendimentos foram realizados de forma satisfatória, de modo que contemplasse o correto exame clínico e indicação de exames complementares precisos.

Apesar das dificuldades encontradas no meio do caminho, a equipe conseguiu desenvolver um bom serviço. Os temas sobre saúde foram abordados na sala de esperada unidade com objetivo de que os usuários divulgassem a importância da prevenção de fatores de risco que facilitam o desenvolvimento e complicações dessas doenças. Tal medida ajuda para que a informação seja propagada a grande parte da comunidade. Falhas na organização do sistema para a realização dos exames complementares não podem ser admitidas, desta forma quantos pacientes hipertensos e diabéticos ficam sem saber os fatores de risco que estão atingindo a sua saúde, e que são detectados nos exames complementares?

Por isso solicitamos ao gestor maior agilidade nos resultados dos exames solicitados.

Fica definido, portanto, a permanência da intervenção no cotidiano do serviço da ESF Izabel. Houve uma boa adesão ao programa dada a sensibilização de todos sobre a importância da atenção à saúde de pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus no contexto da saúde pública. Apesar das limitações impostas que fogem do controle do profissional local, percebeu-se que a atenção à saúde na sala de espera e nas consultas individuais, bem como a ação de toda a equipe da unidade são benéficas e complementam as melhorias na atenção à saúde dos usuários Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de especialização em saúde da família tem sido muito gratificante, com experiências muito boas. Ao longo destas 12 semanas de desenvolvimento do projeto de intervenção, realizado na unidade básica de saúde, Izabel, com objetivo de ampliar a cobertura do programa de atenção a hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos na área de abrangência, temos realizado um trabalho muito proveitoso para o bem-estar da comunidade. No princípio pensei que ia ser difícil, mas sempre tive a participação e ajuda da equipe, dos gestores e da comunidade, todos gostaram muito da proposta. Trabalhamos em conjunto com toda a equipe, ainda que os resultados não são os que esperávamos, mas se conseguimos ampliar a cobertura de usuários hipertensos e diabéticos e sabemos que se chegará a meta proposta porque o projeto tem sido implantado na rotina de nosso serviço e continuaremos cadastrando mais pacientes.

O curso de especialização em saúde da família, tem sido um apoio educacional e instrutivo muito importante para minha prática profissional neste país, pois nos tem ajudado no desenvolvimento científico de nosso trabalho, tem oferecido muitas ferramentas e esclarecido algumas dúvidas que surgem no transcurso de nosso trabalho, não só neste, mas também em nossa prática diária, tem oferecido casos clínicos muito frequentes em consultas, tem enriquecido sobre os protocolos das diferentes doenças aqui no Brasil, além disso de estudar e melhorar nosso português. Através do curso de especialização temos realizado este trabalho de intervenção, pusemos em prática ações previstas no projeto nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Qualificação da Prática Clínica, Organização e Gestão do Serviço e Engajamento Público, melhorando atenção e qualidade do atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos.

Também contamos ao longo da especialização com o apoio do orientador sempre disposto a ajudar com muito carinho, corrigindo os erros, dando urgência, e participando a distância, sempre presente em cada atividade, experiência única pois nunca tinha participado de um curso a distância. Todo o aprendido no curso foi muito interessante e seguirão nos ajudando em nosso trabalho. Foi uma experiência muito importante na minha profissão, aprimorando meus conhecimentos na atenção básica.

Referências

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

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese das Informações – Cruz Alta – RS. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>, acesso em 02 novembro de 2014.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia, teoria e prática.** Serviços de saúde: marco de referência para estudo do tema. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 1995.

SAMICO I; FELISBERTO, E; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. **Avaliação em Saúde.** Bases Conceituais e Operacionais: Atributos da Qualidade em Saúde. Rio de Janeiro: Med Book, 2010.

Cadernos de Atenção Básica Brasília –DF 2013 Volume2 .

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
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval
Patrícia 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

Inicio Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11

Fonte Alinhamento Número Estilo Células Edição

C52 D.O.S

Indicadores HAS e DM - Mês 1													
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperc 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	0 - Não 1 - Sim
1	ANL	70	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
2	ARS	69	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1
3	ALS	76	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1
4	A.F.C.M	73	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
5	AS	95	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1
6	AM	52	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
7	A.A.C	61	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1
8	ALS	54	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
9	A.M.F	60	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
10	A.V.F	65	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1
11	A.M.S	54	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1
12	A.G.S	44	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1
13	AB	68	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1
14	AF	41	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1
15	ABP	63	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0
16	AS	60	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1
17	A.C.L.L	74	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0
18	A.P.S	80	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1
19	A.M.A	42	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1
20	A.R.A	68	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1
21	A.P.L	73	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
22	ANP	90	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1

Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores Plan1

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante