



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Maria Margarita Rodriguez Montero

Atenção à saúde de pessoas com Hipertensão Arterial
Sistêmica e Diabetes Mellitus: Unidade Básica de Saúde
central do Jataizinho, Paraná

Florianópolis, Março de 2018

Maria Margarita Rodriguez Montero

Atenção à saúde de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e
Diabetes Mellitus: Unidade Básica de Saúde central do Jataizinho,
Paraná

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Fabíola Polo de Lima
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Maria Margarita Rodriguez Montero

Atenção à saúde de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e
Diabetes Mellitus: Unidade Básica de Saúde central do Jataizinho,
Paraná

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Fabíola Polo de Lima
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) constituem reconhecidos problemas de saúde no Brasil, são doenças crônicas, e também importantes fatores de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico, que terminam em um significativo número de complicações, muitas delas incapacitantes. Essas multiplicidades de consequências caracterizam a estas duas doenças como umas das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. **Objetivo:** o objetivo do projeto é melhorar a atenção à saúde de pessoas com HAS e DM na Unidade Básica de Saúde (UBS) central do Jataizinho/PR. **Metodologia:** a intervenção aconteceu no período de novembro a primeira semana de janeiro de 2017/2018, totalizando 12 semanas e contemplou eixos de organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. Os instrumentos de coleta de dados foram fichas espelho do atendimento a cada usuário, anexadas à ficha clínica individual e, posteriormente, os dados foram inseridos numa planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pela especialização. **Resultados esperados:** a intervenção possibilitou a melhoria da cobertura da atenção, evidenciada com o aumento nos cadastros e números de usuários devidamente registrados, avaliados e acompanhados. Foi possível melhorar a qualidade da assistência, a partir da ampliação dos indicadores de cobertura e de qualidade, o que gerou a qualificação dos atendimentos realizados, a ampliação das ações de promoção à saúde e maior integração entre os profissionais da equipe.

Palavras-chave: Atenção à Saúde, Coleta de Dados, Diabetes Mellitus, Hipertensão, Qualidade de Vida

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	35
	REFERÊNCIAS	41

1 Introdução

Jataizinho teve sua origem no século XVII devido à Redução Jesuítica Espanhola. Com sede de uma Colônia Militar, teve grande importância no cenário da época, sendo um polo regional e servindo de referência para as demais cidades que estavam surgindo. O município tem limite ao norte com Rancho Alegre, ao sul com Assaí, a oeste com Ibiporã e a leste com Uraí. Seu clima é considerado bastante quente quando comparada a outras cidades do sul. A cidade tem como referência a cerâmica, por fabricar tijolos de variadas qualidades.

A comunidade atendida pela Unidade Básica de Saúde (UBS) conta com 2.598 pessoas. Sendo 1.300 homens e 1298 mulheres.

As organizações sociais e os movimentos sociais no bairro em que a UBS está instalada são: sindicato rural, igrejas evangélica e católica. Há Hospital, creche, escolas municipais e estaduais. Equipamento Sociais: Centro de Referência Assistência Social, Centro Ocupacional da Criança e do Adolescente, Idosos. Área de risco social são rios que causam alagamentos. As condições de moradia estão dentro dos padrões, observa-se casas de madeiras e casas de alvenaria. Há água potável, poço artesiano. Baixo índice de analfabetismo. A maior parte da população apresenta escolaridade com nível fundamental e médio.

As principais demandas da UBS são pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Insuficiência Cardíaca, Artrose. As queixas mais comuns são atendidas são crise hipertensiva, hiperglicemia, infecções respiratórias, hipercolesterolemia, sintomas de dengue. As principais doenças e seus agravos mais comuns estão relacionados a DM, como úlcera do pé diabético, hipoglicemia e hiperglicemia, retinopatia diabética, insuficiência circulatória, hipertensão, edema de membros inferiores, cefaleia constante, infecções renais, dengue.

A HAS é um problema de saúde pública no Brasil e um principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. A prevalência de HAS na população adulta brasileira é compreendida entre 22,3% a 43,9%, conforme a cidade em estudo. O diagnóstico precoce é fundamental nos casos de HAS e DM, pois há perda significativa da qualidade de vida no envolvimento dessas doenças. Essas doenças podem ser tratadas e controladas com mudanças no estilo de vida, medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (AB). A HAS e a DM são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (BRASIL, 2013a).

Nesse sentido, o presente projeto de intervenção será voltado para a melhoria da aten-

ção de usuários com HAS e DM. Através desse projeto será possível conhecer a quantidade certa de pessoas com esses agravos objetivando ampliar a cobertura de cadastro em 100% dos pacientes. Orientar e melhorar as condições de vida desses pacientes e possibilitar que possam ter uma vida saudável e conhecer as melhores estratégias a serem adotadas para a sua qualidade de vida. Em conjunto com a equipe de saúde teremos as condições necessárias para realizar esse projeto com toda a qualidade requerida, de acordo com os interesses da comunidade e da UBS, pois entende-se que quanto mais conhecimento sobre sua doença, maior o autocuidado empregado, descompensando menos e conseqüentemente diminuindo os prejuízos à sua saúde.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde de pessoas com HAS e DM na Unidade Básica de Saúde (UBS) central do Jataizinho.

2.2 Objetivos Específicos

- Ampliar a cobertura de pessoas com HAS e DM;
- Melhorar a qualidade da atenção de pessoas com HAS e DM;
- Melhorar a adesão de pessoas com HAS e DM;
- Melhorar o registro das informações;
- Mapear as pessoas com HAS e DM de risco para doença cardiovascular;
- Promover a saúde de pessoas com HAS e DM.

3 Revisão da Literatura

As doenças crônicas são um grande desafio da Atenção Básica (AB). A AB é a porta de entrada do sistema de saúde e busca verificar as necessidades e condições de saúde da comunidade para organizar adequadamente a forma de atuar. A doença crônica tem elevada prevalência e são multifatoriais, exigindo o envolvimento de toda equipe de saúde, dos próprios indivíduos, suas famílias e da comunidade onde reside. Somente com o comprometimento de todos será possível uma resposta efetiva (BRASIL, 2014).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de Saúde Pública. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 70 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2011). Duas meta-análises envolvendo estudos brasileiros realizados nas décadas de 1980, 1990 e 2000, apontaram uma prevalência de HAS de 31%, sendo que entre idosos esse valor chega a 68% (PICON et al., 2013). Analisando os dados estatísticos anteriores com o número dos usuários com HAS registrados em nossa comunidade vemos que realmente não se adequa a média nacional.

Em relação à Diabetes Mellitus (DM) no Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), de 2011, mostram que a prevalência de DM autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Ao analisar esse dado de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população. Além disso, a pesquisa deixou claro que as ocorrências são mais comuns em pessoas com baixa escolaridade. Os números indicam que 7,5% das pessoas que têm até oito anos de estudo possuem DM, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo, uma diferença de mais de 50% (BRASIL, 2013b). O levantamento apontou, também, que o DM aumenta de acordo com a idade da população: 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença, um índice bem maior do que entre as pessoas na faixa etária entre 18 e 24 anos, em que apenas 0,6% são pessoas com DM.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) central do Jataizinho atende a comunidade rural e urbana da população cidade, mas é uma UBS com modelo de atenção em saúde familiar, estruturado em duas equipes de saúde. Contamos com dois médicos, quatro enfermeiras, sete técnicas de enfermagem, nove agentes comunitárias de saúde, um dentista com seu técnico auxiliar, dois farmacêuticos, dois técnicos de enfermagem na sala de vacina, e um técnico na sala de curativo. Na unidade também funciona um laboratório clínico onde se pesquisa dengue. A população é composta por 2598 habitantes (deles a maior proporção corresponde ao sexo masculino, com 1.300 homens). O sexo e faixa etária, de acordo às estatísticas nacionais demográficas, comportam-se em geral da forma esperada, exceto nos

menores de um ano, onde o número registrado é menor que a média esperada para nossa população. Os números restantes parecem de acordo à realidade da população atendida, e coincidem com os registros demográficos nacionais. É importante assinalar que o número total é provavelmente maior considerando os usuários que recebem atendimento na UBS que moram em outras comunidades. A equipe não enfrenta grandes problemas de excesso de demanda espontânea, ou dificuldades com a qualidade do atendimento. As ações que minimizam essa dificuldade e ajudam a um obter um serviço adequado são ações como uma boa triagem, um acompanhamento adequado dos usuários com doenças crônicas que demandam atenção efetiva, qualidade nas visitas domiciliares realizadas por qualquer membro da equipe.

A parte estrutural da UBS inclui 2 consultórios médicos, um de enfermagem e um odontológico, uma sala de vacina, uma de curativo, uma para reuniões da equipe, uma para espera, farmácia, recepção, cozinha, laboratório para pesquisa de dengue, dois banheiros, um deles para uso do pessoal que trabalha na UBS. A Unidade foi inaugurada há muitos anos e desde então funciona com uma equipe de saúde. Foi planejada para funcionar como uma Unidade de Saúde da Família.

Temos 160 usuários na faixa etária acima dos 20 anos de idade diagnosticados com HAS, segundo as estatísticas registrada, porém é necessário melhorar o diagnóstico desta doença. Temos que alcançar maior cobertura nas consultas programadas para diminuir o número de usuários atrasados nas consultas periódicas agendadas. Um total de 99 usuários tem os exames complementares periódicos em dia, isto corresponde ao número de pessoas com consultas em dia. A maioria tem recebido orientações específicas sobre como ter hábitos de vida mais saudáveis, como por exemplo, a prática de atividade física regular de acordo as particularidades individuais e orientações nutricionais para alimentação mais saudável. A avaliação da saúde bucal também tem peso na qualidade da atenção, a equipe até agora tem cobertura de 100 de pessoas com HAS com consultas de odontologia ao dia, parâmetro que também devemos melhorar.

O número de pessoas com DM em nossa área de abrangência é inferior à média nacional, temos até agora 85 pessoas diagnosticadas (2,46%). A cobertura da atenção às pessoas com DM é também aceitável, porém pode melhorar. Até a data de realização desta atividade, 21 usuários tinham atraso de mais de sete dias na consulta agendada. A realização dos exames periódicos em dia é uma questão que devemos buscar melhoria, pois 16 pessoas do total dos 85 diabéticos não têm os exames atualizados. Nas pessoas com DM é fundamental realizar exame físico minucioso, o exame dos pés, a palpação dos pulsos superficiais em membros inferiores, o exame neurológico procurando alterações na sensibilidade, esses são os principais aspectos a considerar num exame físico de uma pessoa diagnosticada com DM, por isso é importante manter em dia as consultas médicas e de enfermagem. Temos 35 pessoas pendentes e com mais de três meses desde o último exame feito por pessoal qualificado. Dentre as pessoas com as consultas em dia, há orien-

tações sobre a importância da atividade física regular, e sobre a alimentação adequada. A avaliação da saúde bucal é outro dos aspectos importantes em cada diabético, e do total, até agora 33 pessoas estão em dia com as consultas odontológicas.

O Ministério da Saúde traz um importante significado ao valorizar ações de promoção de saúde, pois há uma considerável vantagem em reduzir a incidência das doenças crônicas não transmissíveis, como o caso da HAS e da DM, além das evidências de que essas ações são altamente efetivas em questão de custos (MEIRELLES et al., 2013).

Como plano inicial, a oportunidade de realizar uma ação programática com a população com HAS e DM é uma oportunidade excelente para regularizar a situação destes grupos vulneráveis. Aspectos fundamentais como o diagnóstico dos casos novos, a regularização das consultas médicas e ações programáticas de saúde, o acompanhamento e controle adequado, conseguindo inserir novamente à sociedade os casos mais complicados são os principais objetivos desse projeto. Pretendemos melhorar todos os indicadores de qualidade referidos anteriormente e de cobertura. Várias ações de promoção em saúde já são desenvolvidas por nossa equipe de saúde e estamos trabalhando com enfoque de risco sobre a população alvo, na pesquisa de novos casos de pessoas com HAS e DM não diagnosticados e assintomáticos com apoio principalmente dos ACS, incrementando o número de intervenções de saúde e atividades nos bairros e na própria UBS. Atividades que requerem maior quantidade de recursos são planejadas em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde, e a Prefeitura Municipal. O tema do projeto de intervenção foi escolhido entre todos os membros da equipe, e temos elevado envolvimento, estando prontos para começar a ação. Ainda existem algumas dificuldades, porém estamos trabalhando nelas, como por exemplo, capacitando aos membros da equipe para conseguir maior conhecimento no enfrentamento destas doenças, e trabalhando com as lideranças da comunidade para ter engajamento com a comunidade. A nossa melhor ferramenta para viabilizar a intervenção é o grau de comprometimento que temos todos os membros da equipe disponibilizam. (BRASIL, 2014)

(BRASIL, 2014)

4 Metodologia

Para melhorar a atenção aos usuários portadores de HAS e DM com 20 anos ou mais, residentes na área, e acompanhados pelo programa de atenção ao usuário hipertenso ou diabético na UBS do Centro de Jataizinho, elaboramos objetivos e metas a serem atingidos, distribuídos nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

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

Ação e detalhamento das ações:

EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

AÇÃO:

- Monitorar o número de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento da ação: será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e a enfermeira o número de pessoas com HAS cadastradas Programa de Atenção a HAS e DM da unidade de saúde, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas .

- Monitorar o número de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção a HAS e DM da unidade de saúde.

Detalhamento da ação: será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e a enfermeira o número de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção a HAS e DM da unidade de saúde, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas .

EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

AÇÃO:

- Garantir o registro das pessoas com HAS e DM cadastradas no Programa.

Detalhamento da ação: será garantido pelo médico clínico geral da equipe e a enfermeira o registro pessoas com HAS e DM cadastrados no Programa, realizando o preenchimento semanal da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas .

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

Detalhamento da ação: o enfermeiro e o médico organizarão capacitações mensais com a equipe objetivando melhorar o acolhimento dos usuários portadores de HAS e DM.

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

Detalhamento da ação: solicitar a gestão municipal a reposição dos aparelhos danificados da UBS. Responsáveis: médico e enfermeira em parceria com o gestor municipal de saúde e a Secretaria Municipal de Saúde.

- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na Unidade.

Detalhamento da ação: Será garantido o material adequado para a realização do hemoglicoteste; será solicitado à gestão municipal a reposição do estoque das fitas suficientes para a UBS. Responsáveis: médico, enfermeira e técnicas de enfermagem da UBS.

EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO

AÇÃO:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde.

Detalhamento da ação: será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

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

Detalhamento da ação: monitoramento semanal realizado pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

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

Detalhamento da ação: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM.

Detalhamento da ação: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM

EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

AÇÃO:

Capacitar os ACS na busca daqueles que não estão fazendo controle ou acompanhamento de sua doença em nenhum serviço.

Detalhamento da ação: organizar capacitações mensais com o pessoal da equipe envolvido, sobretudo os ACS na busca daqueles usuários com HAS e DM que não estão fazendo controle ou acompanhamento de sua doença em nenhum serviço. Responsáveis pela ação: Enfermeira e médico da equipe de saúde

Capacitar os ACS para o cadastramento de pessoas com HAS e DM da área de da equipe.

Detalhamento da ação: organizar capacitações mensais com os ACS para o cadastramento de pessoas com HAS e DM da área da equipe. Responsáveis pela ação: Enfermeira e médico da equipe de saúde

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

Detalhamento da ação: organizar capacitação mensal com toda a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Responsáveis pela ação: Enfermeira e médico da equipe de saúde

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

Detalhamento da ação: organizar capacitação com toda a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Responsáveis pela ação: Enfermeira e médico da equipe de saúde.

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

EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com HAS.

Detalhamento: monitorar semanalmente pelo médico clinico geral da equipe e enfermeira a realização de exame clínico apropriado das pessoas com HAS, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clinicas.

Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com DM.

Detalhamento: monitorar semanalmente pelo médico clinico geral da equipe e enfermeira a realização de exame clínico apropriado das pessoas com DM, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clinicas.

Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com DM.

Detalhamento: monitorar semanalmente pelo médico clinico geral da equipe e enfermeira a realização de exame clínico apropriado das pessoas com DM, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clinicas.

Monitorar o número de pessoas com HAS com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.

Detalhamento: monitorar semanalmente pelo médico clinico geral da equipe e enfermeira a realização de exame clínico apropriado das pessoas com DM, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clinicas.

Monitorar o número de pessoas com HAS com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a realização de exame laboratoriais de acordo com a periodicidade recomendada das pessoas com DM, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas.

Monitorar o número de pessoas com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.

Detalhamento: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a realização de exame laboratoriais de acordo com a periodicidade recomendada das pessoas com DM, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas.

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas.

Monitorar as pessoas com HAS que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as pessoas com HAS que necessitam de atendimento odontológico, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas.

Monitorar as pessoas com DM que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as pessoas com DM que necessitam de atendimento odontológico, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas.

EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com HAS.

Detalhamento da ação: definir as atribuições correspondentes de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com HAS, monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas.

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

Detalhamento da ação: organizar ações de capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS, atividade que será monitorada de 15 em 15 dias pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento da ação: organizar ações de capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS, atividade que será monitorada de 15 em 15 dias pelo médico e enfermeira da equipe.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento da ação: em parceria com a secretaria de saúde e gestor municipal se realizará cópia atualizada do protocolo de atenção ao usuário com HAS e DM, disponível para todos os membros da equipe. Responsáveis pela ação: Enfermeira da equipe de saúde.

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas com DM.

Detalhamento da ação: definir as atribuições correspondentes a cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com DM, monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas.

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

Detalhamento da ação: organizar ações de capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS, atividade que será monitorada de 15 em 15 dias pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira.

Providenciar junto a gestão o monofilamento para exame dos pés.

Detalhamento da ação: em parceria com a secretaria de saúde e gestor municipal providenciar o monofilamento para exame dos pés, disponível para todos os membros da equipe responsáveis pelo exame dos pés dos usuários diabéticos. Responsáveis pela ação: Enfermeira e médico da equipe de saúde.

Organizar a agenda para acolher as pessoas com DM .

Detalhamento da ação: organizar a agenda e sistema de agendamento diário para acolher as pessoas com DM . Responsáveis pela ação: Enfermeira e médico da equipe de saúde.

Solicitar a referência e contra-referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com DM que necessitem de consulta especializada.

Detalhamento da ação: solicitar a referência e contra-referência para pessoas com DM que necessitem de consulta especializada. Responsáveis pela ação: Médico da equipe de saúde.

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a solicitação e realização dos exames complementares indicados para as pessoas com HAS, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas.

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

Detalhamento da ação: em parceria com a secretaria municipal de saúde e gestor garantir a agilidade na realização dos exames complementares definidos no protocolo. Responsáveis pela ação: Enfermeira e médico da equipe de saúde.

Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento da ação: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a solicitação e realização dos exames complementares indicados para as pessoas com HAS e DM, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas, estabelecendo um sistema de alerta, sobretudo naqueles casos que resultarem na alguma alteração.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento da ação: monitorar mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos indicados para as pessoas com HAS e DM. Responsável técnica de farmácia, e médico da equipe.

Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com HAS cadastradas na UBS.

Detalhamento da ação: manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com HAS Cadastradas na UBS, monitorando-se a cada duas semanas pelo médico e enfermeira da equipe. Responsável técnica de farmácia, médico e enfermeira da equipe.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento da ação: monitorar mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos indicados para as pessoas com DM. Responsável técnica de farmácia, e médico da equipe.

Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com DM cadastrados na UBS.

Detalhamento da ação: manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com DM cadastradas na UBS, monitorando-se a cada duas semanas pelo médico e enfermeira da equipe. Responsável: técnica de farmácia, médico e enfermeira da equipe.

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS; Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com HAS proveniente da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as pessoas com HAS que necessitem de atendimento odontológico, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas, tentando organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com HAS

proveniente da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com DM.

Detalhamento da ação: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a organização de ações para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com DM.

Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica das pessoas com DM provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as pessoas com DM que necessitam de atendimento odontológico, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas, tentando organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com DM provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS.

Detalhamento da ação: monitoramento semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do DM.

Detalhamento da ação: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do DM. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

Orientar à comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do DM e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de orientar à comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do DM e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

Orientar as pessoas com HAS e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento da ação: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de orientar as pessoas com HAS e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

Orientar as pessoas com HAS e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento da ação: monitoramento semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de orientar as pessoas com HAS e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe

Orientar as pessoas com HAS e à comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento da ação: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de orientar as pessoas com HAS e à comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

Orientar as pessoas com DM e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento da ação: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de orientar as pessoas com DM e à comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com HAS e DM.

Detalhamento da ação: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com HAS e DM. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento da ação: organizar capacitações mensais com o pessoal da equipe envolvido para a correta realização de exame clínico aos usuários com HAS e DM. Responsáveis

pela ação: Enfermeira e Médico da equipe de saúde.

Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento da ação: organizar capacitações mensais com o pessoal da equipe envolvido para a correta realização de exame clínico aos usuários com DM (exame dos pés).

Responsáveis pela ação: Enfermeira e médico da equipe de saúde.

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento da ação: organizar capacitações mensais com o pessoal da equipe envolvido para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Responsáveis pela ação: Enfermeira e médico da equipe de saúde

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento da ação: realizar atualização do profissional no tratamento da HAS. Responsáveis pela ação: Médico da equipe de saúde

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

Detalhamento da ação: organizar capacitações mensais com o pessoal da equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular. Responsáveis pela ação: Enfermeira, técnica de farmácia.

Realizar atualização do profissional no tratamento do DM.

Detalhamento da ação: realizar atualização do profissional no tratamento do DM. Responsáveis pela ação: Médico da equipe de saúde.

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS.

Detalhamento da ação: organizar capacitações mensais com o pessoal da equipe envolvido para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS. Responsáveis pela ação: Enfermeira e Médico da equipe de saúde.

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com DM.

Detalhamento da ação: organizar capacitações mensais com o pessoal da equipe envolvido para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com DM. Responsáveis pela ação: Enfermeira e Médico da equipe de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) para os usuários diabéticos e hipertensos.

Detalhamento: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) para os usuários com DM e HAS. Será realizado o preenchimento da planilha de

coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e nas fichas clínicas.

EIXO ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a organização de visitas domiciliares para buscar os faltosos (usuários com DM e HAS). Será realizado o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e nas fichas clínicas.

Organizar a agenda para acolher as pessoas com HAS e DM .

Detalhamento: monitorar e organizada semanalmente a agenda para acolher as pessoas com HAS e DM . Responsáveis pela ação: Enfermeira e médico da equipe de saúde.

EIXO ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento da ação: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas aos usuários com HAS e DM. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com HAS e DM (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento da ação: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com HAS e DM (se houver número excessivo de faltosos). Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

Esclarecer as pessoas com HAS e DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento da ação: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de esclarecer as pessoas com HAS e DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com HAS e DM quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento da ação: monitorar mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas para capacitar os ACS para a orienta-

ção de pessoas com HAS e DM quanto à realização das consultas e sua periodicidade. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com HAS e DM acompanhadas na UBS.

Detalhamento: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a qualidade dos registros de pessoas com HAS e DM acompanhadas na UBS, realizando revisão da planilha de coleta de dados proposta pelo curso e das informações contidas nas fichas espelho.

EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

Manter as informações do e-SUS atualizadas.

Detalhamento: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a qualidade dos registros de pessoas com HAS e DM acompanhadas na UBS preenchidos no e-SUS.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a implantação das fichas de acompanhamento aos usuários com HAS e DM.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Será pactuada em reunião com a equipe a forma e qualidade de registro das informações obtidas. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: definir em reunião feita com toda a equipe o responsável pelo monitoramento e qualidade dos registros preenchidos nos casos de usuários com HAS e DM. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

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

Detalhamento: organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento de usuários com HAS e DM, 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. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

EIXO ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

Orientar as pessoas com HAS e DM a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento da ação: monitorar mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas para orientar os pessoas com HAS e DM, e a comunidade em geral sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário periodicidade. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

EIXO QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas com HAS.

Detalhamento da ação: planejar pelo médico e enfermeira da equipe reunião com todos os membros da equipe, capacitação para o preenchimento adequado de todos os registros necessários no acompanhamento das pessoas com HAS e DM da comunidade. Responsáveis pela ação: Médico e enfermeira da equipe.

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

Detalhamento da ação: planejar pelo médico e enfermeira da equipe reunião com todos os membros da equipe, para capacitação no preenchimento adequado de todos os registros dos procedimentos clínicos feitos em todas as consultas das pessoas com HAS e DM da comunidade. Responsáveis pela ação: Médico e enfermeira da equi

EIXO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

Monitorar o número de pessoas com HAS com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento da ação: monitorar mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira o número de pessoas com HAS com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, realizando análises da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho.

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

Detalhamento da ação: monitorar mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira o número de pessoas com DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, realizando análises da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

EIXO ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

Priorizar o atendimento das pessoas com HAS avaliadas como de alto risco.

Detalhamento da ação: priorizar o atendimento das pessoas com HAS como de alto risco, atividade que será monitorada semanalmente pelo médico e enfermeira da equipe.

Priorizar o atendimento das pessoas com DM como de alto risco.

Detalhamento da ação: priorizar o atendimento das pessoas com DM avaliadas como de alto risco, atividade que será monitorada semanalmente pelo médico e enfermeira da equipe.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da ação: organizar a agenda para o atendimento das pessoas com HAS e DM avaliadas como de alto risco, atividade que será monitorada semanalmente pelo médico e enfermeira da equipe.

EIXO ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

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

Detalhamento da ação: monitorar mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas para orientar as pessoas com HAS e DM quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Esclarecer as pessoas com HAS e DM e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento da ação: monitorar mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas para esclarecer as pessoas com HAS e/ou DM e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

EIXO QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo nos usuários diagnosticados como HAS e DM.

Detalhamento da ação: planejar pelo médico e enfermeira da equipe reunião com todos os membros da equipe, para realizar capacitação da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo nos usuários diagnosticados com HAS e DM. Monitoramento mensal da ação.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento da ação: planejar pelo médico e enfermeira da equipe reunião com todos os membros da equipe, para realizar capacitação da equipe para ressaltar a importância do registro desta avaliação. Monitoramento mensal da ação.

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis nos usuários diagnosticados com HAS e DM.

Detalhamento da ação: planejar pelo médico e enfermeira da equipe reunião com todos os membros da equipe, para realizar capacitação quanto a estratégias para o controle de

fatores de risco modificáveis nos usuários diagnosticados com HAS e DM. Monitoramento mensal.

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

EIXO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com HAS e/ou DM.

Detalhamento: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a realização de orientação nutricional as pessoas com HAS e/ou DM, realizando revisão da planilha de coleta de dados proposta pelo curso e das informações contidas nas fichas espelho.

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com HAS e/ou DM.

Detalhamento: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a realização de orientação para atividade física regular as pessoas com HAS e/ou DM, realizando revisão da planilha de coleta de dados proposta pelo curso e das informações contidas nas fichas espelho.

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com HAS e/ou DM.

Detalhamento: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com HAS e/ou DM, realizando revisão da planilha de coleta de dados proposta pelo curso e das informações contidas nas fichas espelho.

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com HAS e/ou DM.

Detalhamento: monitorar semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com HAS e/ou DM, realizando revisão da planilha de coleta de dados proposta pelo curso e das informações contidas nas fichas espelho.

EIXO ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento da ação: monitorar mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas para organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável para as pessoas com HAS e/ou DM, e a comunidade em geral.

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

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento da ação: monitorar mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas junto ao gestor municipal para envolver nutricionistas

nas atividades planejadas sobre estes grupos de usuários e comunidade em geral.

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento da ação: monitorar mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades coletivas planejadas para a orientação de atividade física dos usuários HAS e/ou DM, e da comunidade em geral. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe

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

Detalhamento da ação: monitorar mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas junto ao gestor municipal para desenvolver parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Detalhamento da ação: demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

Organizar tempo médio de consultas dos usuários HAS e/ou DM, com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento da ação: organizar o tempo médio das consulta aos usuários HAS e/ou DM, com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

EIXO ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

Orientar pessoas com HAS e/ou DM e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento da ação: monitorar mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades para orientar as pessoas com HAS e/ou DM, e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Orientar pessoas com DM e seus familiares sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do DM.

Detalhamento da ação: monitorar mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades para orientar as pessoas com DM e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do DM.

Orientar as pessoas com HAS e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da HAS.

Detalhamento da ação: monitorar mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades para orientar as pessoas com HAS e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da HAS.

Orientar pessoas com DM e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento do DM.

Detalhamento da ação: monitorar mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades para orientar as pessoas com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento do DM.

Orientar as pessoas com HAS e/ou DM tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento da ação: monitorar mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades para orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Orientar as pessoas com HAS e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento da ação: monitorar mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades para orientar as pessoas com HAS seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

EIXO QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável dos usuários HAS e/ou DM.

Detalhamento da ação: planejar pelo médico e enfermeira da equipe reunião com todos os membros da equipe, para realizar capacitação sobre práticas de alimentação saudável dos usuários HAS e/ou DM. Monitoramento mensal da ação.

Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento da ação: planejar pelo médico e enfermeira da equipe reunião com todos os membros da equipe, para realizar capacitação sobre metodologias de educação em saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Monitoramento mensal da ação.

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

Detalhamento da ação: planejar pelo médico e enfermeira da equipe reunião com todos os membros da equipe, para realizar capacitação sobre a promoção da prática de atividade física regular dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Monitoramento mensal da ação.

Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento da ação: planejar pelo médico e enfermeira da equipe reunião com todos os membros da equipe, para realizar capacitação sobre metodologias de educação em saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Monitoramento mensal da ação.

Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.

Detalhamento da ação: planejar pelo médico e enfermeira da equipe reunião com todos os membros da equipe, para realizar capacitação para o tratamento de pessoas tabagistas, fundamentalmente usuários com HAS e/ou DM. Monitoramento mensal da ação.

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento da ação: planejar pelo médico e enfermeira da equipe reunião com todos os membros da equipe, para realizar capacitação sobre orientações de saúde bucal, fundamentalmente aos usuários com HAS e/ou DM. Monitoramento mensal da ação.

Indicadores

Na realização da ação programada trabalharemos com os indicadores de cobertura e da qualidade descritos no caderno de ações programáticas e na planilha de coleta de dados.

Cobertura do Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS; proporção de pessoas com HAS e DM com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo; proporção de pessoas com DM com o exame dos pés em dia; proporção de pessoas com HAS E DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo; com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular; com avaliação da necessidade de atendimento odontológico; faltosas às consultas médicas com busca ativa; com registro adequado na ficha de acompanhamento; com estratificação de risco cardiovascular; com orientação nutricional; com orientação sobre prática regular de atividade física; com orientação sobre os riscos do tabagismo; com orientação sobre higiene bucal.

5 Resultados Esperados

Com o intuito de avaliar todo o processo de trabalho desenvolvido durante as 12 semanas de intervenção, apresentaremos os resultados obtidos e a discussão dos mesmos, buscando a melhoria do serviço prestado.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos - meta 1.1: nosso primeiro objetivo foi ampliar a cobertura a este grupo de usuários tão vulneráveis.

Podemos afirmar que este indicador foi cumprido, pois, no período de 12 semanas, superamos as estimativas pranteadas ao começo da intervenção que era de atingir 70% dos usuários portadores de HAS e 60 % dos diabéticos. Durante a intervenção percebemos que o número de hipertensos realmente era maior, 160, e 85 usuários diabéticos, deles conseguimos atualizar o 91,2% e 98,8% respectivamente.

No primeiro mês atendemos 35 hipertensos (21,8%), no segundo chegamos a 56 (35%) e no terceiro mês concluímos com 146 usuários, equivalentes a 91,2%. Vale salientar que, durante este período de trabalho, os registros e as bases de dados foram atualizadas ativamente, alguns dos usuários que constavam nos registros haviam-se mudado para outros endereços, incluindo alguns fora da área de Jataizinho, outros tinham falecido, e muitos, resultaram casos novos, diagnosticados e cadastrados graças à ação. Aconteceu a mesma coisa tanto nos registros dos usuários hipertensos quanto nos registros dos diabéticos. Ressaltamos que ao final da intervenção o número total de usuários diagnosticados com HAS aumentou, como era de esperar, de 128 cadastrados inicialmente na UBS, concluímos com 160, não conseguimos atingir 100 %, mas como descrevemos anteriormente, 91.2 % resultaram avaliados integralmente.

Meta 1.2: cadastrar 60% pessoas com DM da área no Programa de Atenção a HAS e DM da unidade de saúde.

Referente aos usuários com DM, conseguimos atender um total de 85 no final da intervenção, ultrapassando a meta proposta num início que era de conseguir ao menos um 60%. No primeiro mês foram atendidos 35 usuários diabéticos (41,2%), no segundo 67 (78,8%) e no terceiro mês concluímos com 84 usuários, equivalentes a 98,8%, muito acima do esperado, porém, ainda temos que trabalhar na busca de novos casos, já que segundo estatísticas e de acordo à população total que abrange nosso UBS, ainda o porcentagem total de usuários com esta doença está por sob a média nacional, acontece a mesma coisa com a HAS. Houve um incremento significativo na população diabética cadastrada, pois ao início da intervenção existiam 45 usuários registrados, e na semana 12 da intervenção terminamos com 85 cadastrados, incluindo novos casos, o que reflete o bom trabalho feito por todos, em especial por nossos agentes comunitários de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com HAS e/ou DM - meta 2.1: realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com HAS.

Quanto à realização de um exame clínico apropriado em 100% das pessoas com HAS, conseguimos atingir de forma satisfatória essa meta, alcançando o objetivo proposto na PCD que era atingir 100%. As capacitações realizadas ajudaram os membros da equipe a desenvolver o trabalho. No primeiro mês 35 usuários foram examinados no segundo 56 e no terceiro 146, desses, a totalidade resultou favorecida com um exame clínico apropriado

Meta 2.2: realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com DM.

Em relação à realização de um exame clínico apropriado em 100% das pessoas com DM, também, conseguimos atingir de forma satisfatória esta meta, alcançando a proposta na PCD que era de 100%. Como ocorreu no caso dos usuários com HAS, as capacitações realizadas ajudaram os membros da equipe a desenvolver o trabalho, a adequada realização deste tipo de exame é uma das mais complexas e, geralmente é o médico quem termina fazendo, em nosso caso, atendemos vários usuários com complicações e que eram encaminhados para a consulta resultante do trabalho de nossos agentes comunitários de saúde (ACS) o que demonstra o bom trabalho. No primeiro mês 35 (32,8%) usuários foram examinados no segundo 67 (78,8 %) e no terceiro 84 (98,8 %), deles, como mencionado anteriormente, a totalidade resultou favorecida com exame clínico apropriado.

Meta 2.3: realizar exame dos pés em 100% das pessoas com DM.

Cada exame clínico realizado, e para que se concluísse como adequado, devia incluir um exame detalhado dos pés, sobretudo, a palpação dos pulsos tibial posterior, pedioso, e medida da sensibilidade. Houveram dificuldades relacionadas a falta de microfilamento durante as primeiras semanas da intervenção, porém, esta deficiência não interferiu em nosso trabalho, procuramos algumas alternativas em equipe que ajudaram a cumprir este parâmetro como foram: fomentar as parcerias com outras UBS vizinhas, usar um microfilamento similar, melhorar a qualidade do exame físico. Ao final, conseguimos atingir 100 % dos usuários e cumprir com esta meta também. No primeiro mês 35 (32,8%) usuários foram examinados no segundo 67 (78,8 %) e no terceiro 84 (98,8 %), deles, como se menciono anteriormente, a totalidade resultou favorecida com um exame apropriado.

Meta 2.4: garantir 100% das pessoas com HAS a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A solicitação de exames laboratoriais das pessoas com HAS foi outro dos indicadores que conseguimos atingir 100% da meta planejada, ou seja, no primeiro mês 35 usuários foram examinados e receberam a requisição para a realização de exames complementares, no segundo 56 e no terceiro 146 para completar o 100 %. Esses exames eram solicitados pelo médico e às vezes, pela enfermeira, seguindo as recomendações do Manual do Ministério da Saúde. É importante salientar que alguns dos exames foram realizados em clínicas privadas, pois ainda existem dificuldades para sua realização, tal foi o caso dos usuários que precisaram da realização de proteinúria de 24 horas e ultrassonografia, exames necessários para o acompanhamento adequado.

Meta 2.5: garantir 100% das pessoas com DM a solicitação/realização de exames com-

plementares em dia de acordo com o protocolo.

Conseguimos atingir 100% do planejado, no primeiro mês os 35 usuários avaliados tiveram seus exames solicitados (100%), no segundo 67 (100%) e no terceiro 84 para completar 100%. Em alguns casos foi necessário recorrer a clínicas particulares já que não contamos com alguns dos exames importantes no município, assim foi no caso dos usuários que precisaram de proteinúria de 24 horas, teste de tolerância à glicose e ultrassonografia. Estes exames eram solicitados pelo médico e às vezes, pela enfermeira, seguindo as recomendações do Manual do Ministério da Saúde.

Meta 2.6: priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com HAS cadastrados na UBS.

Não foi possível alcançar a meta proposta, porém, o trabalho de forma geral foi satisfatório, muitos dos usuários hipertensos haviam sido avaliados anteriormente por outros médicos, alguns por cardiologistas, e estavam recebendo tratamento com medicamentos que não são dos priorizados pelo SUS, alguns de forma justificada, outros nem tanto assim. Durante os meses de intervenção conseguimos melhorar essa questão, muitos dos medicamentos foram trocados por fórmulas mais acessíveis e compatíveis com relação financeira do usuário.

No primeiro mês, do total de usuários avaliados, 10 necessitaram tomar outro tipo de remédios não disponíveis na rede de farmácias do SUS, no segundo mês 14, e no terceiro mês 17. A diferença entre o segundo e terceiro mês menor do que o primeiro e o segundo, e o porcentagem total de pessoas com prescrição de medicamentos da farmácia maior, o que indica uma melhora significativa nesse item.

Meta 2.7: priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com DM cadastrados na UBS.

Situação similar ao observado com os usuários hipertensos, embora não conseguíssemos atingir a meta 100%, o indicador foi melhorando em cada semana de trabalho, o que representa o trabalho realizado. No primeiro mês só 94% dos usuários tinham a prescrição de seus medicamentos na farmácia popular, no segundo e terceiro este indicado melhorou, até chegar ao último mês 97,6 %. Podemos dizer que o trabalho desenvolvido por todos foi decisivo, é complexo conseguir que o usuário aceite traçar a medicação depois de um tempo de uso, isso só se consegue com confiança no Profissional.

Meta 2.8 e 2.9: realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com HAS e DM.

O trabalho em equipe foi fundamental para conseguir o sucesso da intervenção, durante as 12 semanas que durou a ação, todos trabalhamos em um objetivo só: demonstrar que trabalhando em equipe é possível melhorar a atenção e qualidade oferecida ao usuário. Trabalhar com a parte odontológica foi excelente, conhecemos limitações relacionadas com o instrumental e, devido a isso, o número de usuários atendidos diariamente é limitado; mas conseguimos fazer 100% da população hipertensa e diabética atendida serem avaliadas

e verificadas a necessidade de receber atendimento odontológico ou não, a grande maioria resolveu seus problemas, outros, depois de serem avaliados, foram agendados para receber o tratamento adequado.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com HAS e DM. meta 3.1 e 3.2: buscar 100% das pessoas com HAS faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Foi dada bastante atenção às pessoas hipertensas faltosas às consultas. Nossa geografia é difícil, com adversas situações climáticas que são as responsáveis por muitos agendamentos ausentes, além da extensa área que abrange nossa UBS. No caso dos usuários com HAS, durante o primeiro mês 23 deles estavam ausentes a consulta, no segundo 53, e nas últimas semanas 84, na totalidade deles resultaram avaliados graças à ação de todos os membros da equipe, em especial e como sinalizei anteriormente, a nossos agentes de saúde comunitários. Com os usuários diabéticos o caso foi similar, embora não conseguimos atingir 100%, que era a meta proposta, o trabalho realizado foi excelente, e só existiu 1 usuário que durante o primeiro mês resultou faltoso as consultas e não foi realizada a busca ativa, devido as condições climáticas e o endereço do usuário que não estava claro na ficha de acompanhamento, este caso em particular foi resolvido, e no segundo mês de trabalho não houveram casos similares. Nos meses 2 e 3 a meta foi 100% atingida.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações - meta 4.1 e 4.2: manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com HAS e DM cadastradas.

Em relação aos registros adequados dos usuários com HAS, nos três meses da intervenção foram alcançados 100%. Para cumprir esta meta, inicialmente a equipe teve que ser treinada pelo médico, no intuito de esclarecer sobre o preenchimento das fichas e também sobre a importância de manter os registros atualizados. Assim, o alcance desta meta reflete o compromisso da equipe em realizar de forma adequada as anotações no prontuário, no livro de registros e nas fichas. Igual que aconteceu com os usuários hipertensos, com os diabéticos também a equipe conseguiu atingir o 100 da população cadastrada.

Objetivo 5. Mapear as pessoas com HAS e DM de risco para doença cardiovascular - meta 5.1 e 5.2: realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com HAS e/ou DM.

As metas previstas foram cumpridas, e que todos os usuários avaliados ficaram com uma correta estratificação de risco cardiovascular. Aconteceu a mesma coisa tanto para os usuários hipertensos quanto para os diabéticos.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com HAS e DM - meta 6.1 e 6.2: garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com HAS e DM.

Com o comprometimento e trabalho em equipe, conseguimos atingir 100% das metas propostas para este objetivo.

Meta 6.3 e 6.4: garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com HAS.

Objetivos alcançados no dia a dia. Conseguimos atingir 100%.

Meta 6.5 e 6.6: proporção de pessoas com hipertensão e diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Conseguimos atingir 100%.

Meta 6.7 e 6.8: garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com HAS e DM.

O alcance das metas anteriores, e atual, reporta para a equipe o grau de comprometimento em atuar como verdadeiros promotores de saúde. As orientações eram repassadas de forma individual, durante as consultas e também de forma coletiva, durante as palestras e reuniões. Também contamos com o apoio da nutricionista que forneceu orientações sobre os hábitos alimentares saudáveis que devem ser seguidos durante o período gestacional, técnica de enfermagem, dentista, técnico de odontologia.

Referências

- BRASIL, M. da S. *Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 9.
- BRASIL, M. da S. *Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica - diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 13.
- BRASIL, M. da S. *Cadernos de Atenção Básica: Estratégia para o cuidado de pessoas com doença crônica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 15.
- CARDIOLOGIA, S. B. de; HIPERTENSÃO, S. B. de; NEFROLOGIA, S. B. de. *Diretrizes de monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), e Diretrizes de monitorização residencial de pressão arterial (MRPA)*.: Arquivos brasileiros de cardiologia. São Paulo: Ministério da Saúde, 2011. Citado na página 13.
- MEIRELLES, B. et al. *Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Tecnologia do Cuidado em Saúde*. Florianópolis: UFSC, 2013. Citado na página 15.
- PICON, R. V. et al. Prevalence of hypertension among elderly persons in urban brazil: a systematic review with meta-analysis. *Am J Hypertens*, v. 26, n. 4, p. 541–548, 2013. Citado na página 13.