



UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
Especialização em saúde da família
Modalidade a Distância
Turma 15

Trabalho de conclusão de curso

Autor:

Miralys Valladares Soriano.

Título:

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na Unidade
Básica de Carlos Barreto, Marabá/ PA.

BELÉM, PARÁ

2018

Trabalho de conclusão de curso

Autor:

Miralys Valladares Soriano.

Título:

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na Unidade Básica de Carlos Barreto, Marabá/ PA.

Trabalho apresentado como requisito parcial para obtenção de título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Professora: Dra. Manoela Jorge Coelho Alves
Médica de família e comunidade

BELÉM, PARÁ

2018

SUMÁRIO

1 Atividade 1 Introdução	04
2 Atividade 2 Estudo de Caso Clínico	07
3 Atividade 3 Promoção da Saúde e Prevenção de doenças	12
4 Atividade 4 Visita domiciliar/Atividade no domicílio	14
5 Atividade 5 Reflexão Conclusiva.....	17
6 Referências Bibliográficas.....	20
7 Anexo 1 – Projeto de Intervenção	22
Anexo 2- Genograma.....	68

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Miralys Valladares Soriano, sou médica, cubana, trabalho no Programa Mais Médicos na Unidade Básica de Saúde Carlos Barreto localizada no bairro Morada Nova, Município Marabá, Estado Pará. Estudei Medicina na Universidade de Ciências Médicas de Cienfuegos, Cuba. Sou especialista em Medicina Geral Integral desde o ano 2000.

Marabá é um município da microrregião de Marabá, na mesorregião do Sudeste Paraense, no estado do Pará, no Brasil. É o município sede da Região Metropolitana de Marabá. Se localiza cerca de 500 quilômetros ao sul da capital do estado. Sua localização tem, por referência, o ponto de encontro entre dois grandes rios, Tocantins e Itacaiunas, formando uma espécie de "y" no seio da cidade vista de cima. É formada basicamente por seis distritos urbanos interligados por rodovias. (1) (2)

Segundo dados do IBGE/2017, Marabá ocupa uma área de 15.092,268 km², densidade demográfica de 15.45 habitantes/ km², conta atualmente com uma população estimada 271.594 habitantes, no último censo no ano 2010 a população foi de 233.669 habitantes, 186 270 moram na zona urbana e 47 399 na zona rural, é a quarta mais populosa do estado do Pará, em termos de estrutura de saúde possui 61 estabelecimentos de saúde, sendo 41 deles públicos, entre hospitais, prontos socorros, postos de saúde e serviços odontológicos, em 2009 a cidade possuía 444 leitos para internação em estabelecimentos de saúde, sendo 344 públicos e 100 privados. Há também o Centro de Referência à Saúde da Mulher (CRISMU), Hospital Municipal (HM), Hospital Regional, Hospital Materno-Infantil (HMI). (4)

Morada Nova, é um distrito urbano do município de marabá, é o que se localiza mais distante da área central de Marabá, tem áreas rurais que são atendidas em nossa unidade de saúde. A região tem clima úmido e muito quente. (3)

Em minha área de abrangência destaquem-se as escolhas públicas e privadas que são reconhecidas por sua boa qualidade na aprendizagem dos alunos, também há centros recreativos e comunitários que reúne a população para discutir numerosos temas de interesses para toda a comunidade incluindo

os problemas e as melhoras do bairro como exemplo a Academia de Saúde, várias lojas, 3 supermercados, 2 academias, igrejas de variadas religiões.

Minha percepção de Unidade Básica de Saúde Carlos Barreto é ótima, tem boa infraestrutura e vários departamentos para desenvolver os programas de saúde, nossos atendimentos funcionam das 8:00h às 12:00h e das 14:00h às 18:00h o atendimento médico e das 07:00h as 18:00h os demais atendimentos, são nos respectivos dias: segunda à sexta. Com o seguinte corpo de funcionários: 1 gestora, 2 médicos, 2 enfermeiras, 1 farmacêutica, 2 vacinadoras, 4 técnicas de enfermagem, 3 recepcionistas e 16 agentes comunitários de saúde (ACS).

O total de população que atende a equipe é 3150 habitantes para um total de 1050 famílias cadastradas divididas entre 1748 mulheres e 1402 homes, desta população os maiores de 20 anos são 2143 pessoas, 419 pessoas sofrem de Hipertensão Arterial (19.5% da população maior de 20 anos) e 92 pessoas com diabetes (4.2 % da população maior de 20 anos), continuamos trabalhando na pesquisa ativa de hipertensos e diabetes, já que ainda é muito insuficiente para total da população.

As causas mais frequentes de assistência médica são as DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis) destaque-se aqui a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2(DM) parasitismo intestinal e as doenças respiratórias e dentro das causas mais frequentes de mortalidade encontram-se as doenças respiratórias, doenças cardiovasculares e câncer.

A hipertensão arterial e Diabetes Mellitus são doenças silenciosas, apenas 50% dos hipertensos e diabéticos sabem que têm a doença. A maioria das pessoas descobre o diagnóstico em estágio avançado, quando surgem os primeiros sintomas. (5) (6)

Estas doenças são um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acontecimento cardíaco, cerebral, renal e vascular Periférico O DM configura-se hoje como uma epidemia mundial, no Brasil 12.054.827 pessoas são portadoras de DM, junto com a HAS é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, amputações de membros inferiores, com elevado custo social representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise. (5) (6)

A hipertensão arterial sistêmica é responsável por 25 a 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracterizado como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. (5) (6) (7)

A maioria das vezes sua causa é desconhecida, porém, vários fatores podem estar relacionados com a elevação da pressão arterial como são o estresse, sedentarismo, tabagismo, envelhecimento, história familiar, raça, gênero e os fatores dietéticos, principalmente o uso excessivo do sódio, ingestão de álcool, fatores socioeconômicos. (6)

Portanto, a HTA e DM representam um problema de saúde mundial e motivo de consulta frequente também em nossa área, pelo que no projeto de intervenção pretendemos dar prioridade de atenção porque são dois problemas muito frequentes de atendimentos médicos já seja em consulta ou em visita domiciliar, aumentar o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados, diminuir o subregistro dos mesmos, aumentar a assistência deles às consultas melhorando a qualidade das consultas, aumentar o comprometimento dos usuários no cuidado de sua saúde e fazer uma pesquisa mais ativa dos casos que ainda não estão diagnosticados porque o mal controle das mesmas pode levar a desfechos desfavoráveis.

No nosso dia a dia atendemos casos que representam este problema de saúde na área; escolhendo o estudo do caso clínico seguinte como uma amostra representativa de ações de saúde desenvolvido pela equipe.

2 ESTUDO DE CASO CLINICO

Paciente de 46 anos, feminina, mestiça, casada, 2 filhos, com história obstétrica de G4P2A2, mora na área urbana, professora, assiste à consulta médica agendada no dia 04/01/2017 com queixa de dor de cabeça com frequência (é seu motivo de consulta), além fraqueza, tonturas, mais tem bom apetite, isto acontece desde há muito tempo, sem assistir ao posto de saúde porque tem muito trabalho. Refere que sua mãe é diabética e pai hipertenso, não refere APP. Hábitos Tóxicos: Café e Fumadora, traz com ela resultado de teste de glicemia de jejum feito na unidade na consulta de hiperdia com resultado de 300 mg/dl. Quando questiono sobre outros sintomas (dados positivos ao interrogatório) tem palpitações algumas vezes, está comendo demais (polifagia) e fica engordando, toma muita água (polidipsia), urina muito (poliúria), corrimento vaginal branco e coceira.

Exame físico geral e aparatos:

Dados da triagem: PA: 150/90 mmHg Peso: 82 k g. Altura: 1.65 cm

Avaliação do IMC 30.12 m²sc circunferência abdominal 85 cm

ACV: Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações (FC: 82 bpm; FR: 24 irpm);

Dados positivos: PA: 150/95 mmHg

Exame vulvovaginal e especular para visualização de colo cervical se observa corrimento de cor branco.

Diagnostico: Suspeito de Diabetes Mellitus tipo 2 devido na clínica típica apresentada e glicemia alta; Hipertensão Arterial estágio 1 pela clínica e cifras elevadas da Tensão Arterial, Obesidade Grau I; Síndrome de corrimento vaginal pela clínica e exame físico.

Segundo o preconizado nos Cadernos de atenção básica de Diabetes (CAB N° 36, 2013) do Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2015-2016) o diagnóstico de Diabetes é feito através de duas glicemias de jejum de no mínimo 8 horas em dias diferentes com valores maiores ou iguais a 126 mg/dl. Seguindo este diagrama de diagnóstico, solicito a repetição da

glicemia de jejum para confirmação diagnóstica; oriento a paciente sobre a necessidade de um jejum de 8-12 horas antes da coleta da amostra de sangue.

(5)(8)

Solicito: Hemograma completo, hemoglobina glicada (HbA1C), dosagem de colesterol Total, dosagem de colesterol HDL, dosagem de Triglicerídeos, dosagem de creatinina, ácido úrico, Potássio, sorologia (VDRL) Sorologia (HIV), Urina, Fezes, secreção Vaginal, Eletrocardiograma, mapa de tensão arterial.

Tratamento medicamentoso da urgência hipertensiva, tratamento para o corrimento vaginal de acordo com fluxograma de abordagem da síndrome de corrimento vaginal.

Tratamento não farmacológico: Educação para a saúde, dieta saudável ricas em vitaminas e minerais, baixo de sal, não Café, não fumar, evitar o stress, higiene dos genitais, uso de camisinhas, evitar o sedentarismo, agendo retorno.

SEGUNDA CONSULTA

A paciente retorna no dia 02/02/2017 com os dados da triagem: PA: 150/90 mmHg Peso: 81 k g. Altura: 1.65 cm

Ao exame físico apresenta: Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações (FC: 80 bpm; FR: 24 irpm);

Vem apresentar os resultados dos exames solicitados: Colesterol Total 270 mg/dl, LDL 170 mg/dl, HDL 50mg/dl, triglicerídeos 160 mg/dl, EAS (28/01/2017) com glicosúria (++) , Glicemia de jejum (28/01/2017) de 224 mg/dl, Hemoglobina glicada (HbA1C) 8.5%, não trouxe o resultado da creatinina, outros exames com resultados dentro os níveis de normalidades, mapa de tensão Arterial: mostra 4 cifras elevadas de T.A maiores ou iguais a 140/90 mmhg.

Diagnóstico: Hipertensão Arterial estágio 1 com risco cardiovascular, Diabetes Mellitus Tipo 2, Hiperlipidemia mista, Tabagismo.

Orientações da importância de medidas de mudança de estilo de vida (MEV) para a efetividade do tratamento, como manter uma alimentação adequada (dieta com restrição de açúcar, sal, gordura saturada e cafeína) e atividade física regular, evitar o fumo, excesso de álcool e estabelecer metas de controle de peso.

Conforme preconizado pelo (CAB/2013) realize o exame dos pés, cavidade oral, além disso há a recomendação de questionar quanto à anticoncepção em mulheres diabéticas em idade fértil, devido às complicações

relacionadas ao diabetes gestacional, quando questiono a mesma relata tem feito laqueadura tubária. (5)

Tratamento Farmacológico: Enalapril (20 mg) tomar 1 comprimido de 12/12, Metformina (500mg) tomar 1 comprimido após café e jantar, Sinvastatina (40mg) tomar 1 comprimido pela noite após jantar.

Encaminhamento ao oftalmologista para fundoscopia, encaminhamento à nutricionista para receber orientações quanto à dieta para diabetes e obesidade, encaminhamento a consulta de desabituação do tabagismo, retorno a consulta dentro de 15 dias.

Segundo a SBD (2015-2016) os agentes antidiabéticos devem ser indicados quando os valores glicêmicos encontrados em jejum e/ou pós-prandiais estiverem acima dos requeridos para o diagnóstico do DM. Quando a glicemia de jejum for superior a 200mg/dl, mas inferior a 300 mg/dl na ausência de critérios para manifestações graves, iniciar com modificações de estilo de vida e com a Metformina associada a outro agente hipoglicemiante. A indicação do segundo agente dependerá do predomínio de resistência à insulina ou de deficiência de insulina/falência da célula beta. Essa informação diverge do CAB de Diabetes do Ministério da saúde – MS que preconiza a terapia não medicamentosa por, pelo menos, três meses antes de prescrever um agente hipoglicemiante oral. Outra divergência é que o CAB preconiza que se o paciente não alcançar a meta glicêmica (Glicemia jejum entre 70 e 130 mg/dl e HbA1C < 7%) em até três meses com as medidas não farmacológicas, o tratamento preferencial é acrescentar a Metformina no plano terapêutico 500 mg/dia após o café da manhã, enquanto que a SBD recomenda o uso da Metformina após o jantar. (8)

O início do tratamento medicamentoso para HTA está indicado para os indivíduos com PA estágio 1 e risco CV baixo e moderado, quando as medidas não farmacológicas não surtirem efeito após um período inicial de pelo menos 90 dias. Em situações especiais, onde o acesso e/ou retorno a assistência médica seja difícil, poderá ser considerado o emprego inicial de medicação anti-hipertensiva, mesmo para esse grupo de pacientes. Para aqueles em estágio 1 e alto risco CV ou DCV estabelecida, o uso de medicamentos deverá ser iniciado de imediato. A monoterapia pode ser a estratégia anti-hipertensiva inicial para pacientes com HA estágio 1, com risco CV baixo e moderado. O tratamento

deve ser individualizado, segundo a 7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Cardiologia 2016. (8)

Terceira consulta

No dia 28/2/2017 a paciente retorna à consulta referendo que se sente melhor, que não toma muita água como antes, não apresenta dor de cabeça, tonturas e a coceira vaginal desapareceu, foi à consulta com a Nutricionista que institui o plano alimentar e agendo retorno. Refere que mantém atividade física três vezes por semana.

Dados de triagem: PA: 140/mm85Hg Peso: 80 k g. Altura: 1.65 cm

HGT (jejum) 200mg/dl, creatinina 0.8 mg/dl, Fundoscopia: sem alterações.

Realizo o cálculo do Clearance da Creatinina pela fórmula MDRD cujo resultado da taxa de filtração glomerular é 88.92 ml/min, o que a classifica como estágio G2 (diminuição leve). Novamente solicito a HbA1C dando maior ênfase à sua importância para seguimento, Retorno dentro 90 dias.

Realizo **visita domiciliar** no dia 14/4/2017 com equipe de saúde para montagem do genograma familiar (vide em ANEXO 7.1); que permite não apenas conhecer a família, mais para fazer suposições sobre a relação entre o problema e o contexto familiar, a evolução do problema ao longo do tempo, sua relação com o ciclo de vida familiar, etc.

Quarta Consulta

Paciente que assiste a consulta 22/5/2017; refere sentir-se melhor, foi a consulta com nutricionista baixo 1 kg de peso, PA: 130/85mmHg Peso: 79 k g. Altura: 1.65 cm IMC 27.55m2sc HGT (jejum)158mg/dl, Hemoglobina glicada (HbA1C) 7.5%

Controle glicêmico (CG):

05/05/17: 196 mg/dl

09/05/17: 172 mg/dl

13/05/17: 180mg/dl

17/05/17: 170 mg/dl

20/05/17: 160 mg/dl

A paciente não atinge as metas (glicemia jejum entre 70 e 130 mg/dl e HbA1C < 7%) após três meses de MEV e dieta, além de sobrepeso, prescrevo aumento a dose para 850 mg após café e jantar, por não apresentar efeitos adversos, agendo retorno para 30 dias, solicito HbA1C de controle trimestral.

Quinta Consulta

Assiste a consulta 20/06/2017 consulta médica, sem queixas, refere uso regular da Metformina e manutenção das MEV com HbA1C (12/6/2017) 4,85%. Encontrasse assistindo a consulta do tabagismo, ela parou de fumar.

Dados da triagem: PA: 130/80mmHg Peso: 75 k g. Altura: 1.65 cm IMC 27.55m2sc HGT (jejum) 128 mg/dl

Foram atingidas as metas de controle da diabetes e HTA, mais os cuidados devem ser mantidos, pois a diabetes e HTA são doenças crônicas. O risco de 15% de a paciente desenvolver quadro de doença coronariana em 10 anos, segundo a SBD (2015-2016).

No dia 31/08/2017 vem à consulta para renovação de receita, não queixas, leva o tratamento e dieta, solicito a HbA1C de controle trimestral e exames complementares de rotina e albuminúria para o retorno, pois no dia 02/09/2016 completará 7 meses desde o seu diagnóstico com Diabetes Mellitus tipo 2.

A associação de HA e DM dobra o risco DCV e tem aumentado a prevalência de HA, fato ligado à elevação nas taxas de sobrepeso e obesidade, o aumento na incidência de HA pode atingir 75-80% nos pacientes com doença renal diabética, cerca de 40% dos pacientes com diagnóstico recente de DM tipo 2 tem HA, em aproximadamente 50% dos diabéticos tipo 2, a HA ocorre antes do desenvolvimento de albuminúria. Todo hipertenso diabético é considerado de alto risco CV, Além de todos os exames complementares recomendados para os hipertensos, especificamente nos diabéticos é necessária a pesquisa da excreção urinária de albumina, o exame de fundo de olho e a avaliação de provável hipotensão postural, que pode caracterizar a presença de disfunção do sistema nervoso autônomo, segundo a 7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Cardiologia 2016)

3 Promoção da Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção

A Promoção da Saúde foi conceituada na Conferência de Ottawa como “um processo através do qual a população se capacita e busca os meios para conseguir controlar os fatores que favorecem seu bem-estar e da comunidade ou que podem a estar pondo em risco, tornando-a vulnerável ao adoecimento e prejudicando sua qualidade de vida”. (9)

Em conjunto com minha equipe de saúde em nossa área de abrangência estamos desenvolvendo diferentes ações de promoção e prevenção encaminhadas a reduzir a incidência de doenças crônicas não transmissíveis como HTA e Diabetes Mellitus, entre outras; colocando em prática as funções essenciais da saúde pública, dentro delas se encontram: a promoção e prevenção de saúde. (10)

Através da eliminação de fatores de risco modificáveis como por exemplo: tabagismo, alimentação inadequada, álcool, inatividade física, entre outras, e também identificar, avaliar as lesões e alterações em estágios iniciais, que sejam preveníveis para diminuição da morbimortalidade evitando as deficiências físicas, amputações e óbitos. (7)

Sendo responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ter um melhor conhecimento sobre os cuidados dos pacientes Hipertensos e diabéticos, seus cuidadores, como realizar as atividades de promoção e prevenção da saúde que são nosso eixo fundamental, nossa ferramenta para melhorar a qualidade de vida de nossa população. Para isso foi necessário mudar a visão e reconhecer que nosso principal papel como profissionais de atenção primária é a promoção e prevenção da saúde na comunidade, o trabalho com grupos de riscos: pacientes com doenças crônicas, gestantes, crianças, adolescentes, toxicodependência e saúde mental, saúde da mulher, entre outras. (7)

Com o estudo de casos clínicos complexos do 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19 e 20, consegui aprofundar meu conhecimento sobre diferentes doenças crônicas não transmissíveis como: Diabetes Mellitus, Cardiopatia Isquêmica, Hipertensão Arterial, Saúde Mental, também sobre os protocolos de atendimento de doenças transmissíveis, puericultura e pré-natal.

Dentro as principais ações de promoção e prevenção de saúde desenvolvidas pela Equipe para brindar uma atenção de qualidade a nossa comunidade temos:

1. Agendar a visita domiciliar para conhecer a realidade do contexto familiar e, assim, lograr a participação da família no projeto proposto.

2. Na consulta realizar uma anamnese minuciosa, exame físico exaustivo em pesquisa de agravamentos e doenças transmissíveis.
3. Indicar exames laboratoriais: hemograma completo, glicose em jejum, hemoglobina glicosilada, estudos da função hepática e renal, Microalbuminúria, dosagem de cálcio, potássio, sódio, eletrocardiograma, ultrassonografia abdominal total, sumário de urina, PSA, entre outros.
4. Agendar consulta para acompanhamento continuado até a compensação da glicemia e pressão arterial, avaliação de todos os programas prioritários como vacinação, câncer de colo do útero, câncer de mama, câncer de próstata, saúde bucal.
5. Avaliação dos exames laboratoriais para conhecer o grau de controle da diabetes, e outras alterações.
6. Reajustar as doses dos medicamentos e evitar a polifarmácia.
7. Fornecer orientação para a saúde, enfatizando na importância da mudança do estilo de vida: como a alimentação saudável, diminuição do peso corporal, realização de atividades físicas regular, cessação do tabagismo, uso abusivo do álcool.
8. Realizar um tratamento multidisciplinar em conjunto com outros especialistas.
9. Solicitar uma avaliação pela equipe de saúde mental, para um melhor acompanhamento do stress, depressão, ansiedade, entre outras.
10. Lograr a incorporação dos pacientes aos grupos de Diabetes Mellitus e Hipertensão, onde receberá orientações importantes para alcançar mudanças em seu estilo de vida e melhor adesão ao tratamento.
11. Coordenar visitas junto com representantes da assistência social para os pacientes com problemas econômicos e sociais.
12. Agendar palestras para brindar informação e esclarecer dúvidas com respeito a sua doença e seus problemas mediante o uso de técnicas de comunicação e programas educativos em saúde mental e outros.
13. Participação Intersetoriais para criação de ambientes favoráveis para fomentar a saúde.

Nossas ações de promoção e prevenção de saúde como médicos de atenção primária é nossa ferramenta fundamental no trabalho do dia a dia, devemos olhar ao paciente sempre com um enfoque biopsicossocial para de forma efetiva dar solução aos problemas de saúde individual, das famílias e comunidades.

4 Visita Domiciliar

A Visita Domiciliar (VD) pode ser definida como "um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento tanto educativo como assistencial". Constitui-se como uma atividade educativa e assistencial que possibilita uma interação mais efetiva entre os membros da equipe de saúde, na medida em que possibilita o convívio desta com a realidade vivenciada pelo usuário-família. (12)

A assistência domiciliar, no atual cenário das políticas de saúde, especificamente no contexto do ESF, ao utilizar a VD como instrumento de trabalho, é caracterizada pelo desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e reabilitação à saúde do indivíduo e família. (13)

Assim, a visita domiciliar é uma ferramenta importante no processo de conhecimento dos principais aspectos demográficos, epidemiológicos, sociais, culturais e ambientais, entre outros, da população adscrita, é um método de avaliação e que contribui na melhoria de nosso atendimento e favorece o desenvolvimento de ações pautadas nos anseios e realidades da nossa população atendida. Os planejamentos das ações, embasados nas demandas e levantamentos pelo ACS e outros membros da equipe refletindo nas melhorias, nos serviços e atendimentos diminuindo assim gastos desnecessários de materiais e recursos, evitando desperdícios e otimizando o tempo. Nesse sentido, há reflexos de melhorias no processo de trabalho, na atuação e assistência dos profissionais de saúde, oferecendo a população um atendimento e serviço de qualidade, organizado e bem estruturado. (14)

Na atual conjuntura dos serviços de saúde, é necessária para prestação dessa assistência uma equipe multidisciplinar, que trabalhe com um conjunto de conhecimentos que vão além do biológico, e com uma estreita relação com a organização dos serviços de saúde, resultando disso a conformação do modelo assistencial. (14)

Diante da revisão da literatura realizada e da utilização em larga escala da ESF no contexto dos serviços públicos de saúde, especificamente na atenção básica, a VD tem sido considerada um instrumento essencial para a prática de assistência à saúde por parte dos trabalhadores que constituem a equipe de Saúde da Família: enfermeiro, médico, técnico em enfermagem, dentista, auxiliar de consultório

odontológico e agentes comunitários de saúde. Dentre destes trabalhadores, os agentes comunitários de saúde são os que realizam a VD com maior frequência. (13)

Os principais objetivos das visitas domiciliares são: Realizar busca ativa de indivíduos e familiares, procedendo ao cadastramento e acompanhamento dos mesmos mensalmente ou conforme a necessidade; conhecer o domicílio, suas características ambientais, socioeconômicas e culturais; identificar fatores de riscos à saúde da família e/ ou coletividades; prestar cuidados de enfermagem, principalmente em pacientes acamados; orientar cuidados a família e/ou cuidadores; investigação epidemiológica acerca de doenças e agravos que comprometam a saúde do indivíduo, família e coletividade; buscar adesão do paciente ao tratamento; orientar encaminhamentos a outros recursos da comunidade; incentivar o envolvimento e participação em programas em favor da comunidade; promover ações de promoção à saúde, incentivando as mudanças de estilos de vida; propiciar ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde – doença; estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família incentivando práticas para o autocuidado.(15)

Nos primeiros meses de trabalho na UBS, notei nas consultas agendadas para pacientes diabéticos e nas demandas espontâneas, um grande número de pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus descompensada, a partir desta realidade, minha equipe de saúde assumiu a tarefa de realizar diferentes ações para encontrar possíveis causas, dentro das ações fizemos um cronograma de visitas domiciliares aos pacientes mais descompensados, além de ações educativas. Nas visitas domiciliares observamos que a maioria dos pacientes não tinham hábitos ou estilos de vida saudáveis, muitos abandonaram o tratamento e outros não fizeram corretamente, ou não tenham o conhecimento adequado da doença e suas complicações. Através das visitas domiciliares feitas pela equipe de saúde, especialmente pelos agentes da comunidade que participaram na pesquisa ativa desses pacientes que não compareceram à consulta, aqueles que são resistentes ao cumprimento das orientações médicas e adesão ao tratamento, foi possível identificar os fatores que tornam difícil o controle da Hipertensão Arterial e Diabetes em nossa comunidade e nos ajudaram a minimizá-los, a família desempenhou um papel muito importante nos resultados obtidos com este grupo de pacientes.

Também estratificamos e planejamos ações de acordo com a demanda levantada nossa área como: atendimentos de acamados, gestantes e puérperas, crianças menores de 5 anos, desnutrição infantil, indivíduos com transtornos mentais,

acompanhamento de pacientes com Tuberculose ou Hanseníase, tratamentos de feridas ou curativos domiciliares, acompanhamento familiar de rotina e outras demandas.

Brindamos apoio e atenção à os cuidadores dos pacientes, o ato de cuidar é complexo, o cuidador e a pessoa a ser cuidada podem apresentar sentimentos diversos e contraditórios, tais como: raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação, choro, medo da morte e da invalidez, esses sentimentos podem aparecer juntos na mesma pessoa, o que é bastante normal nessa situação. Por isso precisam ser compreendidos, pois fazem parte da relação do cuidador com a pessoa cuidada. É importante que o cuidador perceba as reações e os sentimentos que afloram, para que possa cuidar da pessoa da melhor maneira possível. O estresse pessoal e emocional do cuidador imediato é enorme. Esse cuidador necessita manter sua integridade física e emocional para planejar maneiras de convivência para a manutenção de uma boa qualidade de vida. (13)

As atividades que o cuidador vai realizar devem ser planejadas junto aos profissionais de saúde e com os familiares, o ato de cuidar não caracteriza o cuidador como um profissional de saúde, portanto o cuidador não deve executar procedimentos técnicos que sejam de competência dos profissionais de saúde, tais como: aplicações de injeção no músculo ou na veia, curativos complexos, instalação de soro e colocação de sondas, etc. (13)

A interação da Equipe de Saúde da Família com as famílias e a comunidade é o elemento chave para a busca permanente de comunicação, e ações que nos permitem melhorar a qualidade de vida de nossa população, a visita domiciliar é uma atividade que através dela podem ser potencializadas ações desenvolvidas na atenção primária como: universalidade, integralidade, equidade, acesso e continuidade. (12)

A ética profissional é de vital importância ao realizar a visita domiciliar, ela define os princípios do profissional, ressaltando seus valores e preparação, respeitando sempre a decisão dos pacientes e família. (12)

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

O início do curso de especialização foi um grande desafio, pois pela primeira vez na minha vida, deparei-me com o ensino a distância, experiência nova para mim, mais minhas expectativas eram boas, sempre com muitos medos sobre os desafios do idioma e a incerteza de poder realizar o TCC de qualidade, mais sempre consegui ter ajuda de meus orientadores e consultar os textos tantas vezes quanto eu julgasse necessário, o que contribuiu para diminuir essas dificuldades.

Considero que a modalidade de Educação a Distância é ótima porque minimiza tempo e recursos tanto para os orientadores como para os especializados. Acho que o curso tem uma ótima organização, garantindo a participação de todos os especializados em espaços virtuais diferenciados, tanto em fórum para interação com o grupo ou em um espaço privado onde aconteceram conversas em torno do que estava acontecendo em cada etapa, as orientações estão explicadas de uma forma clara; o mesmo é fundamental para todo o profissional que trabalha na atenção primária de saúde, pois permite o conhecimento e a aplicação das metas do Ministério da Saúde para um atendimento mais humanizado.

Ao logo da especialização a estratégia da comunicação com os orientadores, a troca de ideias entre profissionais de diversos lugares do país por meio dos fóruns de casos complexos (casos clínicos e de saúde coletiva) oferecidos, contribuíram positivamente para o meu processo pessoal de aprendizagem.

Na medida em que estava avançando, o mesmo nos oferecia ferramentas que permitiram ampliar nosso conhecimento da estrutura do sistema de saúde do Brasil, a história do SUS com suas conquistas, metas futuras e seus protagonistas. Estes conhecimentos também contribuíram na obtenção dos resultados positivos em nosso trabalho diário.

Além disso, acho que todas as unidades que compõem o curso são explicadas claramente facilitando para o especializando toda a informação que ele precisa no momento de fazer cada etapa, desde o início até a culminação com o TCC que será apresentado pública e presencialmente, também considero interessante e congruente que as tarefas são encadeadas, assim é desenvolvido

com uma sequência lógica e ascendente em conteúdo e qualidade, os temas abordados nos fóruns de clínica foram de grande interesse para todos nós, pois permitiram reforçar conhecimentos médicos propriamente ditos e melhoria da qualidade dos atendimentos nas UBS.

Com o desenvolvimento das ações, as equipes ficaram mais integradas e fortalecidas no trabalho, o que permitiu detectar problemas de saúde existentes e planejar estratégias para resolvê-las ou encaminhá-las aos gestores.

Pessoalmente, posso dizer que o curso serviu para um manejo adequado dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, permitindo-me fazer mudanças no atendimento convencional de nossa unidade de saúde e dar maior protagonismo à equipe de saúde dentro dos planejamentos das estratégias, também serviu para um melhor manejo das usuárias no Programa de pré-natal e puerpério, Puericultura, acompanhamento a idosos e paciente de saúde mental, melhorar as ações nas Visitas domiciliares; entre outros programas de vital importância na atenção básica, significou vantagens, pois tinha um respaldo para melhorar o atendimento, outro ponto de destaque e com respeito aos itens de informação que deveriam chegar a nossa população, já que serviu de guia para promoção de atividades interativas e formação de grupos de trabalho aos quais foram oferecidas orientações de hábitos saudáveis, doenças e o mais importante sobre seus direitos, serviu para incentivar a promoção de saúde envolvendo a comunidade e o gestor fazendo que as informações tivessem maior impacto sobre a população e seu papel no processo de bem-estar individual e comunitário.

Na prática diária determinou o papel de integração com a equipe com os demais serviços oferecidos na unidade de saúde (serviço social e odontológico) e os serviços externos (serviços especializados e de urgência) ganhando o reconhecimento destes como porta de entrada e acompanhamento constante da população para com o sistema único de saúde. Oferecemos um serviço de melhor qualidade a respeito do que era oferecido antes do início do curso, obtendo maiores registros de consulta, qualidade de atenção inicial e seguimento além de continuidade no processo de acompanhamento.

Dentro da programação destacamos a importância dos casos clínicos semanais que cumpriam a meta proposta pelo Ministério da Saúde, de manter o profissional em constante formação e estudo, com casos cotidianos focados no

diagnóstico clínico e diferencial assim como as atualizações terapêuticas, o que muito incentivou a manter ritmos de estudo e trocas de conhecimentos por meio do portal do curso, pelo que agradeço a todo o pessoal que trabalhou na elaboração dos mesmos e assim como a todos os professores pelas orientações dispensadas.

Como participante deste programa avalio o curso como excelente. Para mim tem significado uma grande experiência de superação profissional e pessoal, as minhas expectativas iniciais foram superadas. Eu me sinto feliz por ter-me envolvido, apropriado e conhecido o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.

Agradeço pela oportunidade de fazer parte desse momento de ampliação e qualificação da atenção primária brasileira, por meio do “Programa Mais Médicos” e poder melhorar a qualidade de vida da população brasileira.

Referências

1. Marabá – Wikipédia, a enciclopédia livre. Disponível em:
<<https://pt.wikipedia.org/wiki/Marabá>> acesso 04 de junho 2017
2. História do Município — Câmara Municipal de Marabá. Disponível em:
<Www.maraba.pa.leg.br › Sobre a Câmara › Maraba> acesso 04 de junho 2017
3. Morada Nova (Marabá) – Wikipédia, a enciclopédia livre. Disponível em:
<[https://pt.wikipedia.org/wiki/Morada_Nova_\(Marabá\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Morada_Nova_(Marabá))>
Acesso 04 de junho 2017
4. IBGE/ 2017(Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística). Disponível em
<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/maraba/panorama>>
acesso 04 de junho 2017.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Ministério da Saúde. Brasília: 2013a.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Brasília: 2014.
8. Brasil. Ministério da saúde. Diretrizes da sociedade brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento. Tratamento da Hipertensão arterial; 2015-2016.*Disponivelem:*
<<http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>> acesso 5 de setembro 2017

9. (CARTA DE OTTAWA - Conferência Mundial sobre determinantes
Disponível em:
<[Http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/ottawa.pdf](http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/ottawa.pdf)sobre
PROMOÇÃO DA SAÚDE. Ottawa, novembro de 1986. > acesso 2 de
novembro 2017.
10. OPAS/OMS; Brasil. Funções Essenciais de Saúde Pública. Disponível
em:
<http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=340:funcoes-essenciais-de-saude> acesso 5 de Setembro 2017.
11. Promoção da saúde e gestão local. Conferência Mundial sobre
promoção de saúde e gestão local...disponível em:
<cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/promocao-da-saude-e-gestao-local. Pd > acesso 2 junho 2017.
12. Brasil. Ministério de Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a
reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério de Saúde,1997.
Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>.
Acesso 20 de dezembro 2017
13. Visita Domiciliar como ferramenta de atenção integral ao usuário dá
Disponível em<<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/580>>
acesso 05 de janeiro 2018.
14. VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
Disponível em:<<http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2011/07/21761-88053-1-PB.pdf>> acesso 05 de
janeiro 2018.
15. A visita domiciliar na promoção à saúde da ... - Nescon – UFMG
Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4524.pdf>> acesso 05 de janeiro 2018.

7 ANEXO

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PORTO ALEGRE
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 15

Projeto de Intervenção

Autor: Miralys Valladares Soriano.

Título: Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na Unidade Básica de Carlos Barreto, Marabá/ PA.

UFCSPA

2017

Sumário

1 Análise Situacional.....	3
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	3
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	5
2 Análise Estratégica	10
2.1. Justificativa.	10
2.2 Objetivos.....	12
2.2.1 Objetivo geral.....	12
2.2.2 Objetivos específicos	12
2.3 Metodologia.	13
2.3.1 Detalhamento das ações.	13
2.3.2 Indicadores.	24
2.3.3. Logística	29
2.3.4 Cronograma.....	32
3 Resultados esperados	33
Referências	37
Anexos	38

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho na Unidade Básica de saúde Carlos Barreto da comunidade Morada Nova, é um distrito urbano do município de Marabá. Dentre os distritos urbanos do município, é o que se localiza mais distante da área central de Marabá, no Estado de Pará. Minha percepção de Unidade Básica de Saúde é ótima, é uma equipe boa, com excelentes perspectivas no trabalho, com uma eficiente estrutura administrativa, que permite o funcionamento da unidade básica de saúde. A região tem clima úmido e muito quente. É um bairro urbano mais tem áreas rurais que são atendidas em nossa unidade de saúde, se encontram 3 escolas, várias lojas, 3 supermercados, 2 academias, igrejas de variadas religiões.

A UBS tem boa infraestrutura consta de vários departamentos para desenvolver dos programas de Atenção Primária: temos 1 salão principal de espera dos pacientes, onde fica a recepção juntos com os arquivos (uma área específica para guardar as fichas dos usuários); frente fica a sala de acolhimento onde é realizado a triagem dos usuários; ao lado direito 1 sala de vacinas, que funciona nos horários de manhã e tarde, 2 consultas médicas, 2 consultas de enfermeira, consulta para fazer teste de pezinho, consulta para fazer PCCU e planificação Familiar, laboratório clínico, salão de estomatologia, encontra-se a farmácia com a dispensação de medicamentos para o completo atendimento aos programas básicos; ao lado esquerdo temos outra consulta médica, sala de curativos, sala de atenção aos pacientes com doenças crônicas (HTA, Diabetes Mellitus), cozinha, sala de esterilização, a direção onde fica a gestora se encontra o computador com impressora para guardar materiais de escritório (permanentes). Nossos atendimentos funcionam das 8:00h às 12:00h e das 14:00h às 18:00h, de Segunda à Sexta com o seguinte corpo de funcionários: 1 Gestora, 2 Médicos, 2 Enfermeiras, 1 Farmacêutica, 1 Vacinadora, 4 Técnicas de Enfermagem, 3 Recepcionista e 14 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Em nossa UBS damos atendimento aproximadamente a 15 000 pessoas, com duas equipes de saúde, a população continua aumentando, temos áreas descobertas, motivo pelo qual a necessidade de ser contemplado com mais

equipe de saúde e agentes comunitários de saúde. Na UBS são realizados os seguintes serviços à comunidade: Visitas Domiciliares; Consulta de Pré-Natal; consultas de Puericultura; Coleta de exames Preventivos, Atendimento à Saúde do Homem, da Mulher, do Idoso, do Adolescente, Programas de atenção as doenças crônicas não transmissíveis e doenças transmissíveis, atenção à saúde buco dental e atividades de Educação em Saúde.

A pesar de todos os serviços brindados ainda é insuficiente, temos que melhorar a qualidade da atenção; as dificuldades é devido ao crescimento da população existe uma demanda grande de pacientes para o médico dificultando o agendamento de muitas pessoas, localização distante que tem algumas localidades em relação ao posto de saúde que dificulta o acesso de pacientes, % População não é proporcional com o número de equipe de saúde, dificuldade nas ações da medicina familiar para atenção da saúde, o prontuário tem não qualidade requerida, os profissionais não conhecem todos os pacientes, os pacientes não são sempre atendidos pelo mesmo médico, falta de recursos humanos é uma excessiva sobrecarga de pacientes, os pacientes idosos têm não seguimento adequado pelos especialistas atraso na realização de exames aos pacientes, não existe contra referência dos pacientes que são encaminhados a outro especialista ou internados, o acompanhamento dos especialistas quando e continuado não se faz reagendamento, no posto não tem prontuário eletrônico.

Em minha unidade de saúde temos que fazer mudanças necessária, entre outras: incrementar o número de ESF e recurso humano (medico, enfermeiras, agentes de saúde) já que o número de família e pacientes excede de 3000 habitantes por cada ESF na atualidade; para um melhor conhecimento de sua comunidade onde atua e melhor desenvolvimento dos programas de saúde encaminhados da promoção e prevenção de doenças como funciones principais, onde a qualidade da atenção prevaleça por encima da quantidade das consultas. Melhorar o cadastro por meio de um registro que permita o seguimento das famílias e pacientes para melhor seguimento em consultas e visitas domiciliar por parte dos ESF; fazer as análises da situação de saúde no território para conhecimento dos problemas de saúde e encaminhar as ações e estratégias de trabalho para diminuir ou eliminar os riscos e doenças crônicas e transmissíveis melhorando o estado de saúde da população.

Nossa equipe está cumprindo com um grande objetivo que é melhorar a saúde da população, com a intervenção na família tentando mudar estilos de vida, fazendo atividades de promoção e prevenção de saúde individual e coletiva através de palestras, rodas de conversas, visitas domiciliares, feitas pelos ACS, médicos e enfermeira, onde olhamos avanços, já que tem aceitação pela população.

Cada dia chegam mais gestante para consultas, realizamos mais puericulturas, as doenças crônicas não transmissíveis como, por exemplo, hipertensão e diabetes tem um melhor controle e conhecimento de sua doença, mais ainda temos muito que fazer. Temos muitas adolescentes grávidas precocemente, por não aderirem às medidas de prevenção à gestação, pior, há muitos usuários com doenças sexualmente transmissíveis por não usarem preservativos e temos um alto grau de promiscuidade na comunidade. Então, o trabalho com os adolescentes no risco pré-concepcional é umas das metas que temos que buscar melhorar. Este programa é muito novo e precisa tempo para melhorar sua implementação, com trabalhos diários de reforço de toda equipe de saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Marabá é um município da microrregião de Marabá, na mesorregião do Sudeste Paraense, no estado do Pará, no Brasil. É o município sede da Região Metropolitana de Marabá. Se localiza cerca de 500 quilômetros ao sul da capital do estado. Sua localização tem, por referência, o ponto de encontro entre dois grandes rios, Tocantins e Itacaiunas, formando uma espécie de "y" no seio da cidade vista de cima. É formada basicamente por seis distritos urbanos interligados por rodovias.

Ocupando uma área de 15.092,268 km², Marabá conta atualmente com 262 085 habitantes, é o décimo município mais populoso da Amazônia. A sede municipal apresenta as seguintes coordenadas geográficas: 05° 21' 54" latitude Sul e 049° 07' 24" longitude WGr. Localizada no sudeste do Pará, na microrregião de Marabá, limita-se com os municípios de: Novo Repartimento, Itupiranga, Nova Ipixuna e Rondon do Pará (ao norte); São Geraldo do Araguaia, Eldorado dos Carajás, Curionópolis e Parauapebas (ao sul); Bom Jesus do Tocantins, São João do Araguaia e São Domingos do Araguaia (ao leste); e São Félix do Xingu (ao oeste).

Segundo dados do IBGE/2005, Marabá em quanto a estrutura de saúde possui 58 estabelecimentos de saúde, sendo 30 deles públicos, entre hospitais, prontos socorros, postos de saúde e serviços odontológicos. Em 2006 a cidade possuía 198 leitos para internação em estabelecimentos de saúde, sendo 123 públicos e 75 privados. Há também o Centro de Referência à Saúde da Mulher (CRISMU) e o Hospital da Guarnição de Marabá (HGuMba), sendo um dos melhores hospitais da região, As causas de internação mais frequentes são: (a) doenças respiratórias;(b) doenças digestivas. Quanto às causas de óbitos, as TRÊS mais frequentes são: a)doenças respiratórias;(b)doenças cardiovasculares; (c) Câncer . Entre as mulheres, a principal causa de óbito foi doenças respiratórias e entre os homens doenças respiratórias. O Coeficiente de Mortalidade Infantil no ano de 2008 foi de 20/1.000, ou seja, morreram 97 crianças com menos de um ano e nasceram 4657 crianças.

Contudo, os dados não refletem a qualidade da saúde no município. O Hospital Municipal de Marabá (HMM) é o responsável pelo atendimento ao público de Marabá e de toda a região, mas suas condições estruturais não permitem um ótimo atendimento devido à intensa demanda. Em 2007, foi inaugurado o Hospital Regional do Sudeste do Pará, com a intenção de desafogar o Hospital Municipal, entretanto, a demanda já havia crescido e o hospital não mais atendia o exigido.

Quanto à economia, é baseada principalmente na agricultura, comércio, indústria, serviços. O município tem 9.7% de desempregados. A maior empresa da cidade é a indústria, que trabalha no ramo de minerais e madeira e tem 2,5 mil funcionários. O retorno de ICMS ao município é de 108 492 por ano e deste total, 15% são destinados para a SAÚDE.

Quanto aos habitantes, 233 669 em 2010 são homens e mulheres, 29.416 tem menos de cinco anos e 13 002 tem mais de 60 anos. 186 270 moram na zona urbana e 47 399 na zona rural.

A população cresce cerca de 7 % por ano. De 10 anos atrás até hoje, a população local aumentou cerca de 20% pessoas. O percentual de pessoas com mais de 60 anos é de 5.6%, o que corresponde a 13 002 pessoas. A mortalidade proporcional por idade indica que a maioria das pessoas morre quando está na faixa etária entre 60 e 70 anos. A esperança de vida ao nascer é de 72 anos para mulheres e de 70 anos para homens.

Quanto à escolaridade, temos cerca de 8% de pessoas analfabetas. Quanto ao lazer, as principais alternativas são: Festas; Futebol; música y literatura; shopping e clubes .

O município ainda não está fortalecido o SUS, a pesar de apresentar os diferentes níveis de atenção da população ainda tem comunidades com pouca acessibilidade aos serviços, falta de especialistas de atenção secundaria provocando longe esperas para sua atenção, e em muitas ocasiões trasladar-se da capital do estado; déficit de insumos médicos e medicamentos, não tem NASF implantado, dentre as principais dificuldades referem-se a não existência de algumas especialidades e dos profissionais que irão compor as equipes do NASF, mais eu acho que seria de grande importância. Tal iniciativa do Governo Federal é uma vitória para todos os profissionais da saúde visto que abre um leque de ações que podem ser executadas na atenção primária a saúde, intensificado ações de promoção e prevenção de doenças, bem como, intensificação de ações que permitam efetivar os princípios do SUS, mas para isso faz-se necessário o empenho e dedicação de todos os atores envolvidos; no final a população do município é agradece.

No município Marabá, onde eu me desempenho como doutora do programa mais médicos, junto com minha equipe de saúde realizamos umas análises da situação de saúde da área e concordamos que prevalecem vários problemas de saúde que impedem o adequado estado de saúde da população, mais o problema que mais prevalece é: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Em uma pesquisa realizada constatou-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica que afeta à população de Marabá, sendo a mais frequente das doenças cardiovasculares no Brasil, é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além disso, da doença renal crônica terminal. Esta doença e muito frequente em meu posto de saúde, sendo a maior causa das consultas médicas. A equipe tem em acompanhamento um total de 419 pessoas com hipertensão arterial (19.5% da população maior de 20 anos) e 92 pessoas com diabetes, (4.2 % da população maior de 20 anos) contudo, a estimativa prevista pelo CAP, considerando a população total da área de abrangência da equipe de 3.150 pessoas e uma população maior de 20 anos de 2143 pessoas deve ser de 642 pessoas com hipertensão e 163 pacientes com diabetes, continuamos

trabalhando na busca da ativa de hipertensos e diabetes, já que ainda é muito insuficiente para total da população. Apesar dessas evidências, hoje, incontestáveis, esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vidas continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS e Diabetes Mellitus, assim como de seu controle inadequado.

Entre as possíveis causas da alta incidência da hipertensão arterial sistêmica em Marabá temos:

1. Alto consumo de bebidas alcoólicas por parte da população.
2. Tabagismo.
3. O stress das atividades diárias que produzem desequilíbrio das pessoas com repercussão mental e orgânica.
4. Não realização de exercícios físicos, considerando que o trabalho e as tarefas domésticas é suficiente como atividade física.
5. Maus hábitos de alimentação; as pessoas comem com muito sal, farinhas, produtos industrializados como conservas, embutidos, enlatados é também o excesso de gordura na dieta, há uma alta porcentagem de pacientes obesos e sedentários, consequências de estas que trazem excesso de graxa na parede das veias e artérias, daí a incidência de pacientes com cifras altas de triglicéride e colesterol.

Além disso, a não realização da pesquisa ativa de Hipertensão arterial na população pelo pessoal de saúde, o abandono do tratamento por alguns pacientes e também o não controle dos fatores de risco mencionados, implica que continuemos o trabalho para mudar hábitos e estilos de vida em nossa comunidade com ações de promoções e prevenção, juntamente com a equipe de saúde e que seja resolvido este importante problema.

Obviamente, estratégias de saúde pública são necessárias para abordagem desses fatores relativos a hábitos de vida que reduzirão o risco de exposição, trazendo benefícios individuais e coletivos.

O Atendimento aos usuários com HAS e/ou DM deve ser feito por uma equipe multidisciplinar e para isso há necessidade de treinamento dos profissionais de saúde. Em nossa UBS são válidas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, para o controle do peso corporal, para o estímulo de prática regular da atividade física, além de fazer ações que orientem sobre os malefícios do

consumo excessivo de álcool e o tabagismo para os portadores de hipertensão e/ou DM da área de cobertura, são realizados atendimentos aos adultos portadores HAS e/ou DM com uma frequência de quatro vezes por semana onde damos atendimento tanto aos portadores de HAS e/ou DM que moram fora e dentro da área de abrangência, não existe excesso de demanda espontânea para este tipo de paciente assim como para os casos que apresentam demanda do atendimento por problemas de saúde agudos devido a HAS e/ou DM. São utilizados os protocolos de atendimento dos adultos com HAS e/ou DM. Porém, em nossa UBS, não existem arquivos específicos para os registros dos atendimentos dos adultos com HAS e/ou DM, temos informação dos casos atendidos pelos registros em prontuários e o mapa de atendimento da médica e da enfermagem, nas reuniões da equipe são abordados os temas relacionados com as incidências com os usuários portadores de HAS e/ou DM.

Fazendo uma avaliação da cobertura de HAS e/ou DM podemos dizer que os índices estão baixos e acho que em nosso processo de trabalho podemos e devemos melhorar os serviços de atendimento, solicitar de forma programada a avaliação do nutricionista que trabalha na UBS mais próxima para que faça a avaliação de nossos usuários portadores de HAS e/ou DM. Estimular o trabalho dos ACS na busca ativa dos usuários portadores de HAS e/ou DM, criar registro onde colocar todos os usuários portadores destas doenças crônicas com uma frequência diária, analisar os usuários faltosos a consultas e programar visitas domiciliares consecutivas faltas à consulta, além de programar visitas domiciliares para todos os usuários com estas doenças crônicas.

Para dar cumprimento à ação de atenção à saúde do idoso em nossa UBS realizamos atendimento para usuários idosos que moram tanto na área de abrangência como fora da mesma com uma frequência de duas vezes por semana, participando neste atendimento o médico, a enfermeira, ACS, os técnicos de enfermagem, todos os usuários idosos saem de nossa Unidade com aproxima consulta agendada, não temos excesso de demanda para dar atendimento a este grupo alvo; todos os membros da equipe que tem a ver com o atendimento utilizamos protocolo de atendimento para o idoso, e são desenvolvidas em nossa UBS ações tais como imunizações, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, assim como o tratamento de

sedentarismo, obesidade, tabagismo, além de fazer encaminhamentos para atendimento nas especialidades, internação hospitalar utilizando os protocolos para tais situações, os atendimentos dos idosos são registrados nos prontuários clínicos, ficha-espelho e de vacina as quais são guardadas nos arquivos existentes na UBS.

Quando precisamos de alguma informação, os membros da equipe fazem a revisão dos arquivos e assim obtemos dados, em nosso trabalho do dia a dia todos os profissionais de saúde solicitam a caderneta de saúde do idoso nos atendimentos e a preenchemos com as informações atuais, além de explicar ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência, tais como a HAS, DM e depressão.

Existe o levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar feito pelos ACS, fazemos o planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas para este grupo alvo, existindo profissionais responsáveis pela avaliação e monitoramento das ações dispensadas.

Avaliando o processo de trabalho, em nossa área estamos utilizando uma boa estratégia de trabalho com este grupo alvo com o apoio da prefeitura e as organizações sociais, mas ainda devemos trabalhar na melhoria da avaliação integral da saúde de nossa população acima dos 60 anos, avaliação pelas especialidades cardiologia, oftalmologia, ortopedistas, nutrição e psicologia para que de uma forma organizada e gradual nossos usuários idosos possam receber este atendimento. Além disso, podemos organizar palestras com os cuidadores, familiares e/ou pessoas responsáveis no cuidado dos idosos para orientar no cuidado deles e em seu próprio cuidado, pois os cuidadores de usuários idosos com sequelas de doença cerebrovasculares, cardiovasculares ou com Alzheimer são também um grupo alvo de pessoas susceptíveis de apresentar distúrbios e sua saúde devido a vários fatores como: abandono de responsabilidade do restante da família no cuidado ao idoso com baixa responsabilidade, eles precisam de apoio e orientação. Em nossa UBS vemos melhorar a forma de registro de informação com relação ao trabalho com esse serviço de atenção a idoso.

Além do trabalho já realizado temos que fazer um trabalho forte na educação bucal e a realização do exame preventivo em mulheres acima dos 60 anos e

romper o mito que elas têm com relação a esse exame, (relacionam o exame com a vida sexual ativa), nossa população idosa não têm hábitos de solicitar estes serviços.

É importante ressaltar que a saúde da pessoa idosa inclui diversos fatores ambientais, socioeconômicos, culturais e políticos que vão além do simples fato de ter ou não ter saúde. A velhice não pode ser sinônimo de doença, não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que acontece ao longo da vida do ser humano por meio de escolhas e circunstâncias. Os profissionais da saúde são os primeiros que deveriam ter muito claras estas coisas para poder trabalhar para a maior conquista da humanidade que é o envelhecimento.

Finalizando o relatório acho que os maiores desafios em nossa UBS são: promover mudanças reais no estilo de vida de nossos usuários, tanto os que pertencem aos grupos alvo como na população aparentemente sadia, que eles tenham percepção de risco sobre doenças crônicas e doenças transmissíveis, transmitir conhecimentos para eles sobre estes temas e conseguir a participação da população no controle social em saúde, e não pouco importante, alcançar a correta valorização da atenção básica e assim quebrar o mito em relação a esta especialidade demonstrando sua importância para a sociedade, para obter os resultados usaremos nossos melhores recursos os quais são: comprometimento e organização do trabalho em equipe; utilização dos recursos da comunicação para fazer uma melhor educação popular.

O trabalho em equipe é muito importante para um bom desenvolvimento de nossas principais tarefas na APS que é o cuidado da saúde da população, promoção e prevenção usando como ferramenta a educação em saúde, além de manter elevados índices de saúde e dar ferramentas a nossos usuários para melhorar a sua qualidade da vida, para atingir tais resultados devemos desenvolver e cumprir uma estratégia de trabalho comunitário viável de acordo com as características da população de nossa área de abrangência, eliminar todas as limitações possíveis e cobrir as necessidades sentidas de nossos usuários. Para alcançar um bom resultado nossa equipe tem que reorganizar horários de trabalho, planejamento das atividades com inclusão da maior quantidade de população possível. Estamos trabalhando na sensibilização e motivação de todos os membros de nosso conselho local, assim conseguiremos

obter melhores resultados sem desgastes das forças. Estas são nossas prioridades e para enfrentar nossas dificuldades.

2 Análise Estratégica

2.1 justificativa

A hipertensão arterial e o Diabetes Mellitus são doenças silenciosas, apenas 50% dos hipertensos e diabéticos sabem que têm a doença. A maioria das pessoas descobre o diagnóstico em estágio avançado, quando surgem os primeiros sintomas. Estas doenças são um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acontecimento cardíaco, cerebral, renal e vascular Periférico O DM configura-se hoje como uma epidemia mundial, no Brasil 12.054.827 pessoas são portadoras de DM, junto com a HAS é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores. Representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (BRASIL, 2013).

A hipertensão arterial sistêmica é responsável por 25 a 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos.

A estimativa do número de pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residente na área de abrangência de nossa equipe é de 163, mas temos cadastrados 92 (56.4%) usuários estimados com diabetes. A estimativa de usuários portadores de hipertensão com 20 anos ou mais é de 642, mas temos cadastrados 419 (65%). Os índices estão muito baixos, mostrando uma qualidade de atenção não adequada para este grupo alvo.

Com a intervenção pretendemos aumentar o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados e em acompanhamento, diminuir o subregistro dos mesmos, aumentar a assistência deles às consultas, aumentar o comprometimento dos usuários no cuidado de sua saúde e fazer uma busca mais ativa dos casos que ainda não estão diagnosticados. A escolha destas duas ações programáticas está baseada sobre os resultados analisados com o preenchimento do CAP a fim de melhorar os índices relacionados ao grupo alvo,

pois estas representam um problema de saúde mundial e motivo de consulta frequente também em nossa área, especialmente quando estão descompensado ou apresentam alguma complicação das doenças pelo fato de não cumprirem indicações médicas ou simplesmente porque não possuem conhecimento sobre suas doenças.

Objetivos

1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da Unidade Básica de Saúde Carlos Barreto, Marabá/PR.

2 Objetivos específicos

- 1 – Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.
- 2 – Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou Diabéticos.
- 3 – Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao Programa.
- 4 – Melhorar o registro das informações.
- 5 – Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
- 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas, durante os meses de julho até outubro 2017, na Unidade Básica Carlos Barreto, Marabá, PR. Participarão da intervenção usuários hipertensos e/ou diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS. Ao final da intervenção a equipe espera cadastrar e monitorar as 481 pessoas com hipertensão e as 122 pessoas com diabetes estimadas para a área.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1: Cadastrar 75% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 75% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Esta ação vai ser desenvolvida pela médica, com a revisão semanal, toda terça feira, da ficha de espelho de hipertensos e/ou diabéticos na unidade de saúde, no âmbito da consulta.

Organização e gestão do serviço: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Serão garantidos os registros dos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados no programa em cada consulta com a coleta dos nomes de cada um deles em registro que será criado com este fim, será feito este registro pôr a doutora, ou enfermeira quando concluía cada consulta, com frequência semanal para a médica e para a enfermeira. O acolhimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos será feito pelo técnico de enfermagem com uma frequência semanal na consulta e em qualquer momento da semana em caso de demanda espontânea de algum deles por apresentação de doença aguda (urgência e/ou emergência) Para que esta ação seja desenvolvida, o

gestor da unidade, mensalmente, vai garantir por meio da secretaria de saúde as folhas de cadastro de hipertensos e diabéticos, assim como garantir os instrumentos necessário para a tomada da pressão arterial, fita métrica para medir circunferência abdominal e para medir estatura. Para melhorar o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos, primeiramente, realizaremos três dias de atendimento na semana realizando trabalho com este grupo por meio de palestras, vídeos, cartazes, panfletos e através das ações para motivar a população a ter uma qualidade de vida.

Engajamento público: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento da ação: A informação a comunidade sobre a existência do programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus e sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente serão feitos com uma frequência quinzenal no âmbito da UBS, visitas domiciliares com uma frequência semanal e no CRAS (Centro de referência de assistência social), com uma frequência mensal os quais vão ser os cenários onde realizaremos as palestras para este grupo alvo, na mesma teremos a participação da enfermeira, a doutora e os agentes comunitários de saúde, onde além de informar, orientaremos a comunidade sobre a importância do rastreamento para diabetes mellitus em adultos com pressão arterial maior que 135/80mmHg e orientaremos sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Qualificação da prática clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento da ação: A capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência serão realizadas na reunião da equipe na primeira semana do início da intervenção, mesmo assim será feita a capacitação da equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e a capacitação para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior de 135/80mmHg.

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

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

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

Ações

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: Em cada consulta a médica e a enfermeira farão o monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos, que serão feitos por os técnicos de enfermagem, os ACS, a médica e a enfermeira, no âmbito da consulta e da sala de triagem. Nesta mesma consulta serão feitos, também o Monitoramento do número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade e da periodicidade recomendada além de monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, e monitorar os diabéticos e hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Serão definidos pela médica e pela enfermeira na reunião da equipe na primeira semana da intervenção as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos, estabelecendo periodicidade para atualização dos profissionais, organizaremos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, já na UBS se dispõe da versão atualizada do protocolo de hipertensão e diabetes do Ministério de Saúde, 2012.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: Orientar 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.

Detalhamento das ações: Para isto se realizará reuniões com os grupos de hipertensos e diabéticos fazendo uma roda de conversa cada vinte um dia com os médicos, enfermeira e os agentes de saúde para orientar os usuários sobre os riscos que podem acometer essas doenças e orientá-los sobre a importância dos medicamentos em seu horário, importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento das ações: Esta capacitação será feita pela médica em reunião de equipe, na primeira semana da intervenção, para tirar as dúvidas e poder esclarecer mais sobre o assunto abordado e assim melhorar a qualidade de atendimento.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento das ações: Será agendado pelos trabalhadores da recepção com uma solicitação da medica e/ou de enfermeira da equipe o retorno aos quinze dias para ver os resultados dos exames realizados e os que não puderam ser feitos, e marcar uma nova consulta para que o usuário possa trazer todos os resultados e assim poder garantir a realização dos 100% de exames indicados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento das ações: Para garantir a solicitação dos exames complementares os ACS em suas visitas domiciliares farão uma busca ativa dos usuários com os exames atrasados com mais de 3 meses. Uma vez por mês se farão um relatório sobre o comportamento da agilidade da realização dos exames complementares definidos no protocolo e será entregue para a secretaria de saúde do município. Para que todo isso seja feito o usuário será convidado para os dois dias de ação da unidade de saúde onde a médicas e a enfermeira irão indicar os exames necessários. Em cada consulta a médica e a enfermeira farão o monitoramento da realização de exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade e da periodicidade recomendada.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento das ações: Serão realizadas reuniões com a comunidade cada vinte um dia para orientar a importância de realizar os exames complementares e a periodicidade com que devem fazer, com a participação dos ASC, enfermeira e a medica na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento das ações: Serão feitas capacitações da equipe na primeira semana da intervenção para orientar a solicitação de exames complementares segundo protocolo, pela medica e a enfermeira na reunião da equipe na primeira semana da intervenção no âmbito da UBS.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento das ações: Será realizada a capacitação da equipe na primeira semana da intervenção para orientar a solicitação de exames complementares segundo protocolo, pela médica e a enfermeira na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações: O farmacêutico realizará controle semanal do estoque (incluindo validade) de medicamentos, além de manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos seus direitos de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento das ações: Realizar-se-á reunião com a comunidade cada vinte um dia para orientar sobre os direitos de ter acesso aos medicamentos da farmácia popular e as alternativas para obter este acesso, com a participação dos ASC, enfermeira e a médica na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento das ações: Esta atualização será feita pela médica em reunião de equipe, na primeira semana da intervenção, e se capacitara a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamento na farmácia popular.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações: A médica e a enfermeira da equipe organizaram uma vez por mês uma ação para avaliação da necessidade de atendimento

odontológico dos diabéticos e hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações: A médica e a enfermeira organizaram uma vez por mês uma ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos e hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS.

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

Detalhamento das ações: Realizar-se-á reunião com a comunidade cada vinte um dia para orientar sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal especialmente dos hipertensos e diabéticos, com a participação dos ASC, enfermeira e médica, na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações: Realizar-se-á a capacitação da equipe na primeira semana da intervenção para realizar ações e assim avaliar a necessidade de atendimento odontológicos dos hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

Detalhamento das ações: A organização das visitas domiciliares para buscar os faltosos e da agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares serão feitas por todos os membros da equipe com uma periodicidade semanal.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Detalhamento das ações: A informação a comunidade sobre a importância de realização das consultas e o esclarecimento aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas serão feitos com uma frequência de vinte um dia na UBS, formando parte dos temas das palestras que serão realizadas com este grupo alvo. Mesmo assim, com esta mesma frequência, ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento das ações: Realizar-se-á a capacitação dos ASC na reunião da equipe na primeira semana da intervenção para orientá-la sobre a periodicidade das consultas dos hipertensos.

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.

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: 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.

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 das ações: O monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade será feitos com uma periodicidade semanal por parte dos trabalhadores da recepção, a médica e a enfermeira da equipe. As informações do SIAB serão atualizadas pelos trabalhadores que tem essa responsabilidade em nossa UBS com frequência mensal e será monitorizada pela enfermeira e a doutora com a mesma frequência. Com a equipe vamos organizar um sistema de registro viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo só estado de compensação da doença, além de implantar a ficha de acompanhamento.

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

Detalhamento das ações: Realizar-se-á reunião com a comunidade cada vinte um dia para orientar sobre os seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde a acesso a segunda via se necessários, com a participação dos ASC, enfermeira e medica, na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento das ações: Realizar-se-á a capacitação de todos os profissionais na reunião da equipe na primeira semana da intervenção para orientá-la sobre o preenchimento e registros adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas de hipertensos e 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.

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

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento das ações: Monitorar-se-á o número de usuários hipertensos e diabéticos com a realização pelo menos uma verificação da estratificação de risco por um ano de forma semanal pela medica e enfermeira da equipe nas consultas no âmbito da UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento das ações: Todos os dias o pessoal da recepção vai dar prioridade ao atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizarão a agenda para o atendimento desta demanda.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento das ações: A orientação dos usuários quanto ao seu nível de risco à importância do acompanhamento regular será realizada pelos ACS em suas visitas domiciliares, o esclarecimento aos usuários da comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação), serão realizados pelos membros da equipe (medica, enfermeira e ASC), em palestras com uma frequência de vinte um dia.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento das ações: A capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação e sobre as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis será realizada pela enfermeira e a doutora de equipe no âmbito da reunião da equipe na data correspondente na primeira semana da intervenção.

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.

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações: O monitoramento da realização de orientação nutricional aos diabéticos e hipertensos será feito pela enfermeira da equipe no âmbito da unidade básica de saúde com uma frequência semanal, na consulta do Programa, esta orientação nutricional vai ser realizada pelos técnicos de enfermagem na sala de recepção o próprio dia da consulta.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento das ações: As organizações de práticas coletivas sobre alimentação saudável com a finalidade de garantir orientações em nível individual serão feitas uma vez por mês em reunião da equipe, liderada pelo chefe da equipe; à demanda para parcerias institucionais para o envolvimento de nutricionistas nestas atividades serão feitas pela médica e a enfermeira da equipe junto ao gestor da UBS com uma frequência mensal.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento das ações: Realizar-se-á uma reunião com os grupos de hipertensos e diabéticos cada vinte um dia para orientar a eles e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável será feito pela enfermeira, ACS pela médica da equipe no âmbito da consulta na UBS ou no CRAS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações: Realizar-se-á a capacitação de todos os profissionais na reunião da equipe na primeira semana da intervenção para orientá-la sobre a prática de alimentação saudável e sobre metodologia de educação em saúde pela médica e a enfermeira da equipe no âmbito da UBS.

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

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

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações: O monitoramento da realização de orientação para atividade física aos diabéticos e hipertensos será feito pela enfermeira da equipe no âmbito da unidade básica de saúde com uma frequência semanal, na consulta, esta orientação vai ser realizada pelos técnicos de enfermagem na sala de recepção o próprio dia da consulta.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento das ações: A organização da orientação da atividade física e a organização do tempo médio da consulta com a finalidade de garantir orientações em nível individual serão feitas uma vez por mês em reunião da equipe, liderada pelo chefe da equipe; a demanda para parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade serão feitas pela médica e a enfermeira da equipe junto ao gestor com uma frequência mensal.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento das ações: Realizar-se-á uma reunião com os grupos de hipertensos e diabéticos cada vinte um dia para orientar a eles e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável será feito pôr a enfermeira, ACS e médica na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações: A capacitação da equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e metodológicas de educação em saúde será feita na primeira semana de início do projeto pela doutora e a enfermeira da equipe.

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

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

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações: O monitoramento da realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos e hipertensos será feito pela enfermeira da equipe no âmbito da unidade básica de saúde com uma frequência semanal na consulta do Programa, esta orientação vai ser realizada pelos técnicos de enfermagem na sala de recepção o próprio dia da consulta.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento das ações: Todos os membros da equipe que estejam envolvidos no atendimento de usuários diabéticos e hipertensos, farão orientação à comunidade e ao grupo alvo em questão sobre a importância do abandono ao tabagismo, além de dar orientação a diabéticos e hipertensos sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo com uma frequência semanal, em cada visita domiciliar e cada consulta.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações: A capacitação da equipe da unidade de saúde para o tratamento de usuários diabéticos e hipertensos tabagistas, sobre metodologias de educação em saúde será feita na primeira semana de início do projeto pela médica e a enfermeira da equipe.

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

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

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações: O monitoramento da realização de orientação sobre higiene bucal para usuários diabéticos e hipertensos será feito pela enfermeira e medica da equipe no âmbito da unidade básica de saúde com uma frequência semanal, na consulta do Programa, esta orientação vai ser realizada pelos técnicos de enfermagem na sala de recepção o próprio dia da consulta.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento das ações: As organizações do tempo médio com a finalidade de garantir orientações em nível individual serão feitas uma vez por mês em reunião da equipe cada quinze dias, pela medica e a enfermeira na UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento das ações: Realizar-se-á uma reunião com os grupos de hipertensos e diabéticos cada vinte um dia para orientar a eles e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável será feito pôr a enfermeira, ACS e medica na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento das ações: A capacitação da equipe da unidade de saúde para oferecer orientações de higiene bucal será feita na primeira semana da intervenção pela médica na reunião da equipe.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 75% 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 75% 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 a hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Indicador 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 priorizada.

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

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 priorizada.

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

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 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.

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 Saúde.

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

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal
Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

2.3.3. Logística

Para realizar a intervenção no Programa de atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, adotaremos os protocolos de HAS e/ou DM do Ministério da Saúde, 2013, Cadernos de Atenção Básica, números 36 e 37, respectivamente: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (BRASIL, 2013a) e Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013b). Utilizaremos a ficha-espelho (Anexo A) onde registraremos os dados adequadamente, também utilizaremos uma planilha eletrônica de coleta de dados que será desenhada para o registro dos dados dos nossos usuários diabéticos e/ou hipertensos, a própria planilha fará o cálculo de nossos usuários a serem avaliados durante a intervenção e assim daremos cumprimento ao estabelecido pelo protocolo a fim de manter controle e seguimento com qualidade.

A análise situacional e a definição de um foco para intervenção já foram discutidas com a equipe da UBS. Assim começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Manual técnico de hipertensão e diabetes, do Ministério da Saúde, 2013, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e/ou diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para este isto, serão reservadas 2 horas ao final do expediente, no horário tradicional utilizado para reunião da equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Assim sucessivamente se realizará as capacitações de cada tema por Unidade. Com a realização de um cronograma nas reuniões da equipe e outras nas reuniões quinzenais com os grupos de hipertensos e/ou diabéticos.

No que tange ao processo de monitoramento e avaliação dos registros para esta ação a enfermeira examinará a ficha-espelho de hipertensos e/ou diabéticos identificando aqueles usuários que estão com exame clínico, exames

laboratoriais, consultas e segundo protocolo, atendimento odontológico em atraso.

O ACS fará busca ativa de todos os usuários em atraso, estimam-se 28 usuários hipertensos nas três primeiras semanas de cada mês da intervenção e na última semana de cada mês vamos dar consulta para 36 usuários hipertensos totalizando 360 usuários acompanhados nos três primeiros meses da intervenção e 120 no último mês da mesma, a distribuição de consulta para usuários diabéticos será: 8 diabéticos nas três primeiras semanas de cada mês da intervenção e 9 usuários diabéticos na última semana de cada mês da intervenção, totalizando 33 usuários diabéticos por mês. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na reunião da equipe.

Para que esta ação seja desenvolvida o gestor da unidade vai mensalmente garantir por meio da secretaria de saúde as folhas de cadastro de hipertensos e/ou diabéticos, assim como, garantir os instrumentos necessários para a tomada de pressão arterial, fita métrica para medir circunferência abdominal e material necessário para a realização dos hemoglicoteste. O acolhimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem e todos os usuários com tomada de pressão arterial acima do normal e glicose alterada em jejum serão atendidos no mesmo turno para ampliar a cobertura dos usuários com esta patologia.

Usuários hipertensos e/ou diabéticos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para evitar complicações. Os usuários hipertensos e/ou diabéticos que buscarem consultas de rotina provenientes das buscas ativa decorrentes das visitas domiciliares terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor de três dias. Para isto se oferecerá atendimentos de um modo geral para os usuários hipertensos e/ou diabéticos durante dois dias (Terça e segunda pela manhã). Os usuários que vierem à consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Para garantir a solicitação dos exames complementares, os ACS em suas visitas domiciliares farão uma busca ativa dos usuários com os exames atrasados com mais de três meses, para isso o usuário será convidado para o atendimento clínico na unidade de saúde onde a médica e a enfermeira irão indicar os exames necessários. Paralelamente a isto, na primeira semana da intervenção,

será realizado um encontro com o gestor municipal para garantir que os exames necessários dos usuários sejam realizados em dia.

Nas reuniões de equipe que ocorrem quinzenalmente, os ACS serão informados sobre os usuários faltosos por área para que realizem a busca ativa destes semanalmente e para que seja reagendada a consulta.

As atividades de orientação sobre cuidados à saúde e engajamento público ocorrerão nas consultas clínicas e esta ação será feita com a orientação sobre higiene bucal nas consultas individuais e nas palestras que serão realizadas nas reuniões com o grupo, quinzenalmente na UBS. Os profissionais responsáveis para o desenvolvimento do grupo são enfermeira, a médica. Para que estas ações sejam realizadas o gestor da unidade irá garantir, quinzenalmente, a participação de um nutricionista e um educador físico nas reuniões com este grupo de educação em saúde.

Visando divulgar o projeto na comunidade, faremos contato com a associação de moradores e com representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência para apresentar o projeto e esclarecer a importância deste programa, assim como, realizaremos a programação de ações que incluem palestras, roda de conversas, educação permanente, atendimento aos grupos de hipertensos e/ou diabéticos, onde serão abordados todos estes temas, serão realizadas atividades na comunidade, nas visitas domiciliares, na UBS, pelos ACS, enfermeira, técnicas de enfermagem e pelas médicas da equipe, quinzenalmente.

3. RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO 1: AMPLIAR A COBERTURA A HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

Meta 1.1: Cadastrar 75% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade básica de saúde "Carlos Barreto".

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

Meta 1.2: Cadastrar 75% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

OBJETIVO 2: MELHORAR A QUALIDADE DA ATENÇÃO A HIPERTENSOS E /OU DIABÉTICOS.

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

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

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.

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

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

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

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

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/hipertensos e diabéticos priorizada.

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/hipertensos e diabéticos priorizada.

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

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

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

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

OBJETIVO 3: MELHORAR A ADESAO DE HIPERTENSOS E / OU DIABETICOS 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 as 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.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

OBJETIVO 4: MELHORAR O REGISTRO DAS INFORMAÇÕES

Meta 4: 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.

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.

OBJETIVO 5: MAPEAR HIPERTENSOS E DIABETICOS DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR.

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

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular

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

OBJETIVO 6: PROMOVER A SAUDE DE HIPERTENSOS E DIABETICOS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Ministério da Saúde. Brasília: 2013a.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília:2013.
3. Brasil. Ministério da saúde. Diretrizes da sociedade brasileira de Diabetes 2015-2016. Tratamento e acompanhamento. Tratamento da Hipertensão arterial. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf> >Acesso 2 de junho de 2017
4. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde. Prevenção e controle a saúde da **hipertensão arterial** em sistemas locais de saúde. BrasíliaDF2016. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/wpcontent/uploads/2016/12/hipertensaoarterialWEB.pdf> 2016 >Acesso 2 de junho de 2017
5. Brasil. Aguinaldo Figueiredo de Freitas Junior (GO). Alfredo José Mansur (SP). Sociedade Brasileira de Cardiologia. XIII CONGRESSO DO DEPARTAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL/SBC • ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 6, Supl.1, dezembro 2016. Disponível em: http://www.arquivosonline.com.br/2016/10706/pdf/DHA_2016.pdf > Acesso 2 de junho de 2017
6. Brasil. Ministério da saúde. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida Hipertensão. Manejo clínico da hipertensão em adultos. Nacional de Atenção Integral à **Hipertensão Arterial**

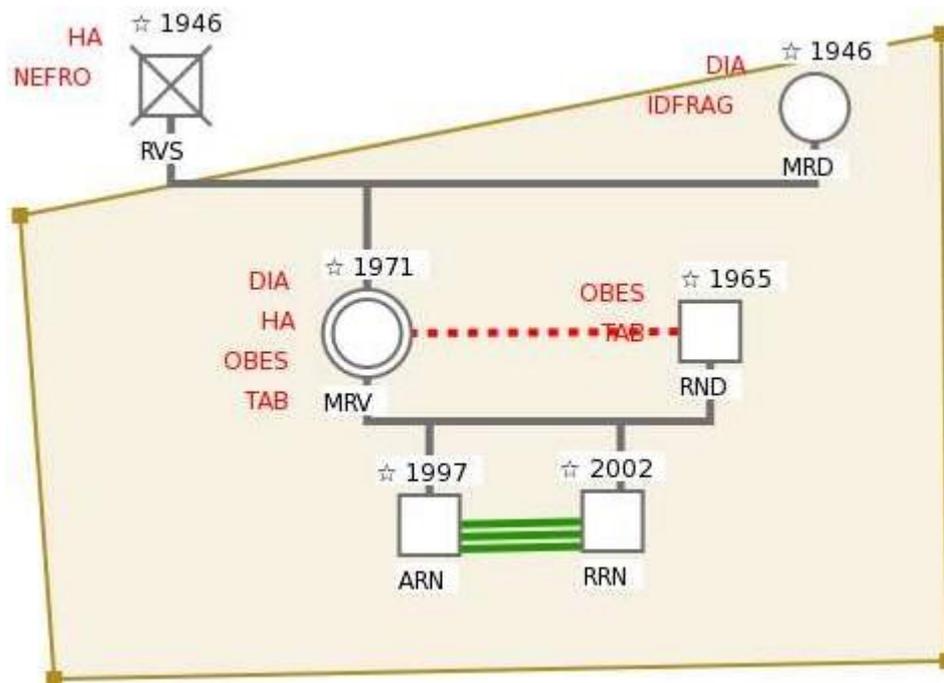
- ao **Diabetes Mellitus** pelo Ministério da Saúde. Edição 1. Rio 2013.
Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111924/GuiaHA.pdf>>
acesso 2 de junho de 2017
7. Brasil. Ministério da saúde. Rev. Enfermagem UFSM **2016** jul. /Set;6(3): 442-453. Adesão ou não ao tratamento de **pacientes** hipertensos e/ou diabéticos. Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/viewFile/19029/pdf>> acesso 2 de junho de 2017
8. Brasil. IPATINGA / MINAS GERAIS. **2016** Dr. Heriberto Fiuza Sanchez. Elevada incidência e prevalência de hipertensão Arterial, sem peixe, MG: Projeto de intervenção. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/8317/Elevada_incidencia_e_prevalencia_de_hipertensao.pdf?sequence=1&isAllowed> acesso 14 de junho de 2017
9. Brasil. Sociedade Brasileira de hipertensão. Revista Hipertensão. Volume 17. Número 3 - 4 julhos / dezembro 2014. Conselho científico 2013/**2016**. Cibele Isaac Saad Disponível em: <<https://www.repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/bitstream/bahiana/218/1/revista%20de%20hipertensao-2014-3-4-artigo%20de%20AVC.pdf>> acesso 14 de junho 2017.
10. Brasil. Sociedade brasileira de Diabetes. E-book 2.0. Diabetes na pratica clínica. Capítulo 1. 2015. Aspectos epidemiológicos do Diabetes Mellitus e seu impacto no indivíduo e na sociedade. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/73-capitulo-1-aspectos-epidemiologicos-do-diabetes-mellitus-e-seu-impacto-no-individuo-e-na-sociedadebook>> acesso junho 2017

11. Silva SSBE, Oliveira SFSB, Pierin AMG. The control of hipertensión in men and women: a comparative analysis. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(1):50-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100007>> acesso junho de 2017

12. Brasil. Mortalidade relacionada à Hipertensão Arterial Sistêmica, segundo causas múltiplas de morte: Uma avaliação nas capitais brasileira. BRUNO et al., **2016**). Disponível em:<<http://187.45.187.130/~abeporgb/xxencontro/files/paper/782-796.pdf>> acesso junho 2017.

7.1 ANEXO

GENOGRAMA



□ Homem

○ Mulher

× □ Falecido

┌ Casamento

⋯ Distante

≡ Estreito



Moram juntos