

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº5**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM pertencentes à área de abrangência da UBS Nimio Insfran Martinez, Rio Branco/AC.

Cibele Cristina Cunha Brígido

Pelotas, 2015

Cibele Cristina Cunha Brígido

Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM pertencentes à área de abrangência da UBS Nimio Insfran Martinez, Rio Branco/AC.

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

Orientador: Antonio Maurício Rodrigues Brasil

Pelotas, 2015

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

B856m Brigido, Cibele Cristina Cunha

Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e/ou DM
Pertencentes à Área de Abrangência da UBS Nimio Insfran Martinez,
Rio Branco/AC / Cibele Cristina Cunha Brigido; Antonio Maurício
Rodrigues Brasil, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

100 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença
Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Brasil, Antonio Maurício
Rodrigues, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico o meu TCC para todos aqueles que fizeram do meu sonho real, principalmente à Deus e a minha mãe, me proporcionando forças para que eu não desistisse de ir atrás do que eu buscava para minha vida. Muitos obstáculos me foram impostos durante esses últimos anos, mas graças a vocês eu não fraquejei. Obrigado por tudo mãe, família, meu amor, professores, equipe, amigos e colegas.

Agradecimentos

Quero *agradecer*, em primeiro lugar, à Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada.

Por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

À minha mãe, Isaura, por sua capacidade de acreditar e investir em mim, seu carinho e apoio incondicional, que não mediu esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida. Seu cuidado e dedicação foi que me deram, a esperança para seguir sempre em frente de cabeça erguida. Obrigada pela paciência, pelo incentivo, pela força e, principalmente, pelo carinho. Valeu a pena toda distância, todo sofrimento, todas as renúncias... Valeu a pena esperar... Hoje estamos colhendo, juntas, os frutos do nosso empenho! Esta vitória é muito mais sua do que minha!!! Te amo!!!

Agradeço também aos amigos e colegas, pelo incentivo e pelo apoio constantes.

À minha equipe de trabalho, coordenação do Programa Mais Médicos, que sem eles nada disso teria sido possível.

Ao meu orientador, Maurício, pelo suporte, correções e incentivo.

À minha família, pela convivência e amparo do dia-a-dia.

Agradeço também ao meu esposo, Josué, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades. Quero *agradecer* também à dávida divina que Deus me concebeu, uma gravidez que até o momento está correndo tudo bem, e espero que assim continue. Ao Vinícius (filho no ventre), que embora não tenha conhecimento disto, mas iluminou de maneira especial os meus pensamentos me levando a buscar mais conhecimentos.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

Resumo

BRÍGIDO, Cibele Cristina Cunha. **Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM pertencentes à área de abrangência da UBS Nimio Insfran Martinez, Rio Branco/AC . 2015.** 101F. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

O presente estudo teve como objetivo melhorar a atenção aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Nimio Insfran Martinez, que pertence ao segmento da URAP (Unidade de Referência da Atenção Primária de Saúde) Francisco Roney Meireles, em Rio Branco, estado do Acre. A escolha do foco da intervenção realizada teve por base uma prévia análise situacional a fim de uma importante apropriação da realidade, quando foi verificada a necessidade de investimentos nesta área programática, tanto no que diz respeito à ampliação da cobertura, quanto na necessidade de melhorar a qualidade da atenção ofertada, justificando, dessa forma, a intervenção realizada. As ações implementadas envolveram quatro eixos temáticos: Monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público e qualificação da prática clínica. Foi então proposta, a realização de um conjunto de ações sistematizadas que envolveram incrementar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular, bem como promover a saúde dos hipertensos e/ou diabéticos. A intervenção foi realizada entre os meses de março e abril de 2015. Os resultados desta investigação foram apresentados e analisados de forma qualitativa e quantitativa, possibilitando, dessa forma, a apreciação de cada um deles, como os benefícios obtidos, as fragilidades identificadas e a positividade de escoamentos. Conseguiu-se incrementar a cobertura de atenção para 100%, tanto para os usuários com hipertensão, quanto para os diabéticos e melhoramos consideravelmente a qualidade da atenção ofertada em diversos aspectos, apresentados nos resultados. Foram muitos os ganhos obtidos para a comunidade, bem como para a equipe de saúde e para o serviço, sendo apresentados relatórios aos gestores e à comunidade contendo os resultados finais do período avaliado de forma sistemática, por meio de indicadores validados. A intervenção foi incorporada à rotina do serviço e pretende-se seguir fortalecendo as ações já implementadas, bem como ampliar a proposta para outras ações programáticas, utilizando-se da mesma proposta metodológica e qualificando a oferta do cuidado em saúde ofertado por nossa unidade.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	60
Figura 2	Gráfico indicativo 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	61
Figura 3	Gráfico indicativo 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	62
Figura 4	Gráfico indicativo 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	62
Figura 5	Gráfico indicativo 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	63
Figura 6	Gráfico indicativo 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	64
Figura 7	Gráfico indicativo 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	65
Figura 8	Gráfico indicativo 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	66
Figura 9	Gráfico indicativo 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	67
Figura 10	Gráfico indicativo 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	68
Figura 11	Gráfico indicativo 11: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.	68
Figura 12	Gráfico indicativo 12: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.	69
Figura 13	Gráfico indicativo 13: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	70
Figura 14	Gráfico indicativo 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	71
Figura 15	Gráfico indicativo 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.	72
Figura 16	Gráfico indicativo 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular	72
Figura 17	Gráfico indicativo 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	73
Figura 18	Gráfico indicativo 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	74
Figura 19	Gráfico indicativo 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física	75
Figura 20	Gráfico 20: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física	76
Figura 21	Gráfico indicativo 21: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo	77
Figura 22	Gráfico indicativo 22: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo	78
Figura 23	Gráfico indicativo 23: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal	79
Figura 24	Gráfico indicativo 24: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal	80

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente comunitário de Saúde.
APS -	Atenção Primária de Saúde.
CI -	Cardiopatia Isquêmica
CS -	Centro de Saúde.
DM -	Diabetes Mellitus
ESB -	Equipe de Saúde Bucal.
ESF -	Estratégia da Saúde da Família.
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica.
MS -	Ministério da Saúde.
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
PS -	Pronto Socorro.
RE -	Registro Específico.
SEMSA -	Secretaria Municipal de Saúde.
SUS -	Sistema Único de Saúde.
UBS -	Unidade Básica de Saúde.
UPA -	Unidade de Pronto Atendimento.
URAPS -	Unidade de Referência da Atenção Primária de Saúde.

Sumário

Sumário	8
Apresentação.....	9
1 Análise Situacional.....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2 Objetivos e metas.....	21
2.2.1 Objetivo geral	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas	21
2.3 Metodologia.....	24
2.3.1 Detalhamento das ações	24
2.3.2 Indicadores.....	45
2.3.3 Logística	51
2.3.4 Cronograma	56
3 Relatório da Intervenção.....	57
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	57
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	58
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	58
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	58
4 Avaliação da intervenção	59
4.1 Resultados	59
4.2 Discussão.....	80
5 Relatório da intervenção para gestores	83
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	85
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	86
Referências.....	87
Anexos.....	88

Apresentação

O presente volume trata do Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS. Foi desenvolvido por meio da implementação de um projeto de intervenção na área programática HAS e DM, com o objetivo melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, pertencentes à área de abrangência da UBS Nimio Insfran Martinez, em Rio Branco/AC.

O volume está organizado de maneira que na primeira parte está uma Análise Situacional, que foi realizada como pedra angular importante e necessária para assimilação do panorama no qual seria proposta a implementação do projeto.

Na segunda parte, consta a Análise Estratégica com todos os elementos primordiais do projeto e focalizada à área programática. Fazem parte os objetivos, as metas a serem alcançadas, a metodologia, as ações propostas, os indicadores, logística e cronograma. Na terceira parte encontra-se conformada pelo Relatório de Intervenção, com a análise e descrição dos seus respectivos elementos. A Avaliação da Intervenção está na parte quatro, abordando os seus elementos e como os resultados assim como as concernentes reflexões e análises detalhadas. Na parte cinco consta o relatório da intervenção para aos gestores e na parte seis, o relatório da intervenção para a comunidade. Consta ainda, na parte sete, uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Finalizando o volume, são apresentadas as referências utilizadas, bem como partes destinadas aos anexos, importantes para melhor apropriação da proposta e dos conteúdos do volume, bem como uma parte dedicada aos apêndices.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Desde o meu começo no projeto Mais Médicos para o Brasil, fui lotado para trabalhar na Unidade Básica de Saúde Nimio Insfran Martinez, no município de Rio Branco, capital do estado do ACRE. A minha unidade é antiga, mas se adapta às necessidades para que aconteça o fluxo da atenção aos usuário do SUS, para dar cobertura médico-assistencial e odontológica para uma população de pouco mais de 4.429 pessoas.

Os serviços aos usuários são feitos em três consultórios, o primeiro deles do médico, seguem o consultório da enfermeira, que é utilizado também para realizar o exame preventivo para câncer de colo de útero PCCU e depois o consultório do dentista com todos os seus instrumentos. Essas áreas possuem as condições necessárias sejam pela mobília, pela climatização e pelos insumos médicos para complementar as consultas (balança antropométrica, maca para pacientes, lâmpada, negatoscópio e pia para desinfecção após exames). Existe uma área destinada à recepção e acolhimento para o recebimento e atenção às demandas dos usuários e direcioná-los. Aproveitamos o espaço fornecendo nas duas sessões em que funcionamos para realizar ações de educação em saúde / palestras e fazer promoção de saúde. Existe ainda, uma sala de vacinação que dispõe das principais vacinas do quadro da atenção básica, a sala de curativos e procedimentos de enfermagem, a copa, a sala de almoxarifado, os banheiros para os usuários e para os funcionários e, por último, o espaço privado para arquivo e reuniões de equipe. A farmácia da unidade contém os remédios fundamentais para o tratamento, controle de doenças agudas e crônicas. Estamos interconectados com o sistema

mediante a internet e telefone, o que facilita a confecção de cartão do SUS e pesquisa de informações caso seja necessário.

O processo de trabalho começa cedo, quando abrem as portas e acolhemos os usuários. Nossa equipe trabalha unida permitindo o intercâmbio entre todos os seus membros, favorável para uma boa prestação de serviços e gestão, com qualidade e resolutividade. Os agentes comunitários de saúde (ACS), distribuídos entre as micro áreas são os responsáveis pelo primeiro contato direto com as famílias e seus membros, responsáveis pelo acompanhamento na área de pacientes com doenças crônicas, puericulturas, grávidas, assim como são a ponte entre os pacientes e a equipe de saúde. A comunidade mantém um ótimo relacionamento com a equipe de saúde em geral, participando quando necessário das reuniões que visam estabelecer ações previstas para a melhoria da população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O presente relatório consiste no produto da Análise Situacional realizada da Unidade Saúde da Família Nimio Insfran Martinez, que se localiza na Av. Maria José de Oliveira, nº 1061, Bairro Universitário II, em Rio Branco/AC. Esta UBS oferece atendimento às comunidades dos bairros: Universitário I, II e III, Boa Vista, Barro Vermelho, Distrito Industrial, Vila Jorge Kalume, Ramal da Piçarreira e Custódio Freire. Também ofertamos atendimento a Casa de apoio (TFD). Os bairros Mocinha Magalhães e Tucumã, são bairros que tem suas próprias UBS, porém também atendemos alguns pacientes desses bairros.

O diagnóstico situacional é uma ferramenta que auxilia conhecer os problemas e as necessidades sociais, portanto, este é de fundamental importância para o levantamento de problemas, que por sua vez, fundamenta o planejamento estratégico situacional, que permite desenvolver ações de saúde direcionadas e efetivas em relação aos problemas encontrados.

Uma organização inadequada envolvendo uma Unidade Básica de Saúde contribui para um ambiente desfavorável, tanto para os usuários quanto para os profissionais, contribuindo, assim, para maior stress e comprometimento da qualidade do serviço ofertado. É importante e necessário conhecer a realidade do cenário na qual atuamos, aproximando-se da comunidade, a fim de poder

implementar estratégias e programas capazes de corrigir essa desorganização e contribuir para melhoria na qualidade do cuidado em saúde ofertado e das condições de trabalho.

O número de habitantes do nosso município segundo IBGE é de 336.038, sendo 163.592 homens e 172.446 mulheres. O número de UBS no nosso município é de 52, todas com ESF. Temos também 2 NASF, 5 URAP's e 7 Centros de Saúde. Contamos também com CEO e 3 UPA's (média complexidade). Quanto à disponibilidade de atenção especializada, temos um centro de referência para as especialidades médicas. O serviço hospitalar (alta complexidade) está dividido em 5 grandes centros, um hospital de atendimento infantil, um hospital materno infantil, um hospital geral, um hospital psiquiátrico e o Hospital das clínicas e especialidades, onde lá também tem o Hospital do Câncer e o SAE. Os exames complementares podem ser realizados nos laboratórios de análises de quase todos os centros de saúde, URAP's e UPA's.

A nossa Unidade Básica de Saúde Nimio Insfran Martinez é urbana e segue um Modelo de ESF, a administração municipal é a responsável pela vinculação da UBS com as escolas locais e demais serviços do SUS. Está situada em frente à escola pública Alcimar Leitão. Possuímos uma equipe multiprofissional, e seu quadro de profissionais está de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Nossa equipe é composta por 02 Médicas generalistas, 01 Enfermeira, 01 Auxiliar de Enfermagem, 8 Agentes Comunitários de Saúde, 1 Dentista, 1 Auxiliar de dentista, 1 auxiliar limpeza, 4 Administrativas, que se dividem entre recepção e farmácia. Com relação aos aspectos ambientais da área de abrangência da UBS, podemos dizer que 95 % das ruas são pavimentadas, 100% das casas possuem saneamento básico, 100% das casas possuem energia elétrica, cerca de 98% da área apresenta coleta de lixo, mas existe, também, lixo a céu aberto. Além disso, cerca de 5% da população não tem acesso à água tratada; 95% apresentam abastecimento de água, a maior parte das casas é do tipo alvenaria, a arborização é satisfatória. Existe presença de poluição sonora e do ar apenas nas avenidas com grande movimentação de meios de transportes.

Em termos de estrutura, nosso espaço é reduzido, mas ao contrário de outras unidades, temos acesso/rampa para portadores de deficiência física. Temos 2 consultórios médicos, mas apenas uma equipe de saúde. Temos outro consultório ocupado pela enfermeira, onde realiza pré-natal e PCCU. Todos têm luz

natural. Temos também o consultório do cirurgião dentista, uma sala para medicação, copa, banheiros para os usuários masculino e feminino (e um para deficientes, que é o mesmo que usamos nós funcionários), uma farmácia bem pequena, que é onde se realiza a pré-consulta também, sala de vacinas, almoxarifado e sala de espera. Não temos sala para nossas reuniões, o que dificulta nosso serviço, já que muitas vezes, conversamos na própria sala de espera, entre os próprios usuários. Também não dispomos de cadeira de rodas, nem sala de coletas de análise clínica.

O SUS garante que todos os cidadãos tenham direito ao acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, oferecidos pelo Sistema e, segundo as políticas vigentes, este acesso se dá prioritariamente pelos serviços da Atenção Básica, enquanto porta de entrada do sistema. Para isso, necessitamos realizar uma abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social.

O acolhimento na saúde tem como objetivos: humanizar o atendimento, organizar o serviço, otimizar o atendimento, maior resolutividade, estabelecer fluxo de atendimento para a demanda espontânea, menor desgaste da equipe e união dos profissionais num objetivo comum, intensificar o trabalho em equipe, aumentando assim, a satisfação da comunidade. Penso que a minha unidade deveria ter uma sala reservada para o acolhimento, o que não acontece, já que muitas vezes, o paciente fica constrangido em ter de falar do seu problema na frente de outras pessoas, ou às vezes é interrompido por barulho, choro de crianças, cumprimento de outras pessoas. Embora saibamos que podemos e devemos “acolher” os nossos usuários e “nos acolher uns aos outros” (enquanto equipe) das mais diversas formas e nos mais diversos espaços de produção de saúde, realizando uma escuta qualificada, corresponsável, com vistas à resolutividade, sabemos que nos deparamos com situações mais delicadas, que demandam, por exemplo, a questão do sigilo.

A prática de “acolher” consiste em uma escuta qualificada que todos os trabalhadores da saúde devem realizar ouvindo as necessidades que levaram o usuário ao serviço, orientando ou encaminhando de acordo com a sua competência profissional. É desejável que o sentido de acolher ultrapasse as fronteiras da

relação equipe/usuários e comece a permear as relações dentro da própria equipe, criando ambientes acolhedores.

O trabalho em equipe constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho. A troca de informações continuada, que leva às boas avaliações e propostas de conduta, deve ocorrer através das reuniões das equipes, como parte da rotina do trabalho, o que tentamos realizar mensalmente, mas nem sempre ocorre.

Também fizemos entre todos um “cardápio” com os serviços ofertados na unidade, e colocados em uma espécie de “banner” visível a todos, assim acho que evitamos muitos transtornos.

Segundo dados mensais colocados recentemente no e-SUS por mim, que foram dados que meus ACS me entregaram, o número de pessoas cadastradas no território da nossa equipe, são de 4.321 pessoas. Minha unidade possui, atualmente, por 1 equipe e, portanto, não estamos adequados à população, já que segundo Portaria nº 2.027 de 25 de agosto de 2011:

“3.2. A implantação das Equipes de Saúde da Família (ESF) deve observar as seguintes diretrizes:

I - equipe multiprofissional formada por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, com carga populacional máxima de 4.000 (quatro mil) habitantes por ESF e média recomendada de 3.000 (três mil) habitantes;”

Fazendo uma comparação da distribuição por sexo e faixa etária com base na distribuição brasileira e com a população da minha área de abrangência da nossa UBS, vejo que existe sim uma relação entre as duas áreas estudadas, prevalecendo o sexo feminino ao masculino, em quase todas as faixas etárias, com exceção da faixa etária de 0 a 4 anos e de 5 a 9 anos, que na população brasileira prevalece o sexo masculino, e na minha área, prevalece o sexo feminino. Relaciono ao fato de que o sexo masculino sempre foi e é mais difícil de procurar atendimento médico, ao feminino.

Nossa UBS não tem uma demanda espontânea tão elevada, desde que foi montado um cronograma de atendimento, a população não enfrenta muitas filas e muito menos tem de passar a madrugada numa fila para conseguir o atendimento desejado, o fato de ter um dia para crianças, outro para grávidas e para idosos, assim como vagas diárias que são reservadas para urgências, facilita nosso

trabalho e melhora o fluxo de pacientes na UBS. Quando tem excesso de demanda espontânea, tentamos solucionar sempre da melhor forma possível, tentando nos colocar no lugar do outro e ajudar sempre no que for possível. Exemplo disso é que, muitas vezes atendemos várias pessoas fora da nossa área de abrangência e, muitos deles, são pessoas que moram na zona rural, ou que as vezes demoram dias para chegar até a nossa unidade, e nestes casos, mesmo que já não tenham fichas para atendimento no dia, a recepcionista sempre vem conversar conosco e explicando o caso, e por mais que não seja urgência, que sim tem atendimento prioritário, nós atendemos também. Não fazemos o usuário voltar no outro dia para pegar ficha. E, se for urgência, damos um primeiro atendimento e logo acionamos o serviço móvel (SAMU) e/ou fazemos encaminhamentos dos pacientes para Pronto atendimento e/ou atendimento hospitalar.

No momento contamos com 77 crianças menores de 2 anos, e 31 crianças menores de um ano, em acompanhamento de Puericultura onde são dadas todas as orientações sobre alimentação, higiene, cuidados de acidentes, é verificado peso, altura, calendário vacinal. Estes dados não conferem com as estimativas do Caderno das Ações Programáticas (CAP), segundo o qual temos em nossa área de abrangência cerca de 88 crianças com uma cobertura de 35%. Temos 29 crianças menores de 1 ano com calendário vacinal em dia, e 14 crianças menores de 6 meses em aleitamento materno exclusivo, segundo os ACS. A conferência desses cartões é feita pelos ACS durante as visitas domiciliares e também durante as campanhas de vacinação.

Com relação ao Pré-natal, minha equipe tenta levar a cabo todos os indicadores descritos no CAP. De acordo com o CAP, temos cerca de 66 gestantes em nossa área de abrangência mas, apesar de termos apenas 10 gestantes cadastradas, são realizados mais de 30 Pré-natal mensais, relaciono ao fato de atendermos muitas pacientes fora de área também. Apresentamos excelentes indicadores de qualidade. Dessa forma, temos 100% para pré-natal iniciado no primeiro trimestre, consultas em dia de acordo com o protocolo, solicitação na 1ª consulta de exames laboratoriais preconizados, vacinas antitetânica e de hepatite B, prescrição de suplementação de sulfato ferroso e orientação para aleitamento materno exclusivo. Apenas a avaliação de Saúde Bucal, contamos com 50%. Procuramos sempre atualizar o seu caderno de vacinação e o da gestante, além de solicitar todos os exames complementares, assim como iniciar sulfato ferroso e

ácido fólico segundo protocolo, em seguida realizamos o seguimento desta paciente periodicamente, seja com a enfermeira ou com o médico, se não for de alto risco, caso contrário, encaminhamos para referência.

Sempre tentando prevenir uma gravidez com complicações, visamos ações que sejam benéficas para as gestantes, assim como ações para tentar prevenir a gravidez indesejada, principalmente em adolescentes, é muito importante orientar quanto ao uso da camisinha para prevenção não só da gravidez, mas de DST's, realizando palestras e conversando durante as consultas.

O seguimento da puérpera considero baixo, muitas delas não retornam, acho que mais as fora de área, antigamente era feito no próprio domicílio, porém foi cancelado. De acordo com o CAP temos 88 partos estimados nos últimos 12 meses, sendo que o número de mulheres que fizeram consulta de puerpério nesse mesmo período foi de 20, resultando, dessa forma em 23% de cobertura. Este é um fator que devemos buscar solução quanto antes para melhorar este marcador. Com relação à qualidade da atenção e, considerando aquelas puérperas efetivamente acompanhadas, possuímos bons indicadores, todos em torno de 90%.

Com relação ao câncer de colo de útero, podemos dizer que o exame preventivo é realizado pela enfermeira, normalmente 2 ou 3 dias por semana, 1 turno, e o registro de dados é feito através de um caderno de onde colhe os dados. Felizmente, a maioria das amostras são satisfatórias e negativas para neoplasias e/ou doenças, o único inconveniente que eu encontro, é a demora na entrega dos resultados, que eles dizem ser de 1 mês, mas normalmente são de 3 meses ou até mais. Ainda temos muitas mulheres que não estão com preventivos em dia, e algumas ainda não dão a importância real do PCCU. Procuramos sempre orientá-las quanto a sua importância, seja em consulta de rotina ou em uma consulta ginecológica, acredito que a educação em saúde é primordial.

Nossa equipe faz um bom trabalho informando aos pacientes sobre o teste, o que realmente ajudaria muito também seria se o resultado da citologia chegasse com mais agilidade. Segundo o CAP, temos uma estimativa de 933 mulheres entre 25 e 64 anos de idade e que, portanto, devem ser pesquisadas para este tipo de câncer. Como temos 718 mulheres residentes na área e acompanhadas na UBS para esta faixa etária, resulta numa cobertura de 77%. Penso que poderíamos começar pela busca ativa de quantas mulheres em idade fértil de 25 a 65 anos

temos; depois priorizamos quantas com conduta sexual inadequada, ou seja, sem proteção, ou não, para que após esta detecção de risco possamos conduzi-las para realização do citopatológico, além disso ter o controle de alocação destas pacientes diante dos resultados. Também poderíamos capacitar os agentes comunitários sobre as DTS`s e especificando a infecção de HPV, para eles poderem identificar as mulheres de maior risco. Eu acredito que com a união de todos poderemos ter um melhor indicador.

Com relação ao controle de Câncer de Mama, não existe nenhum registro específico para tal controle, além do prontuário médico e/ou de enfermagem, o que dificulta nosso trabalho. Um fator que podemos trazer para o debate é buscar estratégias para melhorar esse registro o quanto antes. De acordo com o CAP, temos estimadas 221 mulheres compreendidas na faixa etária de 50 a 69 anos, sendo que 171 são efetivamente acompanhadas na UBS para prevenção deste tipo de câncer, correspondendo a 77% de cobertura. As mamografias são solicitadas para as mulheres que tem fatores de risco para câncer, ou pela idade, antecedentes familiares. Ao contrário do PCCU, os resultados das mamografias são bem mais rápidos em sair, um estímulo a mais para as mulheres. Estamos sempre orientando o autocontrole, o toque das mamas, qualquer alteração que a paciente notar, que nos procure, ou qualquer profissional capacitado. Aqui em Rio Branco, mulheres acima de 50 anos, podem ir diretamente ao CECON que fazem a Mamografia diretamente sem precisar encaminhamento do médico, mas logo terá que levar ao médico para mostrar resultado, isso apenas facilita e agiliza um pouco o processo, o que acho uma vantagem.

Quanto à atenção aos hipertensos e diabéticos, temos em nossa área de abrangência 410 hipertensos e 138 diabéticos de acordo com nossos registros (SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica). Este número não está de acordo com o CAP, segundo o qual possuímos 778 hipertensos e 222 diabéticos em nossa área. Importantíssimo orientar quanto a mudança dos hábitos de vida, alimentação saudável, praticar atividade física, redução do sal/açúcar. Procuramos sempre manter os exames atualizados, controle do pé diabético, embora não seja fácil compensar um diabético descompensado e que não se ajuda. Também realizamos visitas domiciliares para controle e evolução daqueles pacientes que mais precisem de assistência e que não podem ir até a unidade. Considero que cobertura seja boa, pelo menos tentamos. Estamos bem, tendo em conta que

apresentamos um número abaixo ao apresentado pelo caderno de ações programáticas. Realizar atividades específicas para a população hipertensa e diabética é muito importante. Penso que manter um registro diferenciado e específico para os pacientes com hipertensão/DM seria uma boa maneira de organizar o nosso trabalho. Também considero que a capacitação dos profissionais de saúde que estão em contato com estes pacientes pode ajudar a identificar com tempo qualquer alteração, e encaminhar os casos que precisam ser atendidos com mais urgência, seja por enfermagem ou pelo médico. Normalmente a folha de produção não o solicita, mas procuro anotar o máximo de informação possível, já que as vezes se perdem prontuários e fica muito difícil em alguns casos dar continuidade a um tratamento prévio quando não são encontrados registros sobre um paciente, por isso sempre deixo registrado.

Com relação aos idosos, em nossa UBS, atendemos bastante idosos, portanto, iniciamos atividades com um grupo de idosos e tem sido um sucesso (começamos com 25 idosos). De acordo com o CAP, temos uma estimativa de 283 idosos em nossa área de abrangência, sendo que temos cadastrados e acompanhados 219, correspondendo a uma cobertura de 77%. As visitas domiciliares em sua maioria são às pessoas maiores de 60 anos, muitas delas com sequelas ou quadro típico de descompensação de alguma doença crônica. Nestas, aproveitamos para verificar a situação atual de cada paciente, medicar se necessário, atualizar receitas, e também damos as orientações adequadas. A educação continuada, as capacitações e os cursos de saúde da pessoa idosa são muito importantes na atenção básica; o médico da família é um médico generalista, é muito difícil conciliar o atendimento de adultos, crianças, gestantes, idosos. Por isto considero importantíssimo manter uma constante educação e capacitação dos profissionais de saúde.

Ainda falta muito para que as diretrizes e preceitos do SUS, que é um modelo para o mundo, sejam de fato uma realidade. Porém, ao concluir o relatório da Análise Situacional da Unidade de Saúde Nimio Insfran Martinez, podemos perceber que acima de quaisquer problemas ou dificuldades encontradas, está o esforço dos profissionais em ofertar um serviço de saúde qualificado aos usuários de nossa área de abrangência.

Enquanto profissionais, temos a oportunidade de conhecer melhor o ambiente de trabalho no qual estamos inseridos e até repensar e revisitar nossas

estratégias de melhoria em nossa unidade de atendimento. Para todos nós envolvidos neste processo, um aprendizado e uma experiência, inigualáveis.

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

Quando feita uma comparação entre o texto inicial descritivo da UBS e o relatório percebe-se uma convergência entre os padrões atribuídos à atenção básica pelo ministério da saúde e a nossa realidade. Ao aprofundar na análise situacional, descobrimos a existência de pequenos pontos mas estamos cientes de que serão aperfeiçoados para integralizar o atendimento ao usuário do SUS. Temos a grande vantagem de que possuímos uma equipe que interatua muito bem entre seus membros e com a comunidade, sendo desse jeito, com certeza, os resultados serão os melhores. Penso que temos conseguido mudar a realidade que tínhamos antes da nossa chegada à UBS.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de pressão e/ou glicemia, à atividade física e à dieta alimentar, é importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de pacientes hipertensos e/ou diabéticos. O conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença.

As doenças crônicas não transmissíveis, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são atualmente a principal causa de mortalidade no mundo (Manton, 1998).

A hipertensão arterial, além de ser um dos principais problemas de saúde no Brasil, eleva o custo médico-social, principalmente pelas complicações que causa, como as doenças cerebrovasculares, arterial coronariana, vascular de extremidades, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica (Mion e col., 2002 a). A hipertensão apresenta grande morbidade, com altos custos envolvidos no seu tratamento (Flack e col., 2002). Espera-se que com o controle adequado da pressão haja redução dos índices de mortalidade e morbidade e dos custos correlacionados a essa doença (Neal e col. 2000). O Diabetes é outro importante e crescente problema de saúde pública. Sua incidência e prevalência estão aumentando no mundo todo, alcançando proporções epidêmicas (SBD, 2002).

A intervenção no tratamento e no acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos, através da formação de grupos para ação educativa, seguimento regular, garantia de fornecimento de medicação e atendimento de intercorrências, por equipe multidisciplinar, mostra a importância no controle da

hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus. Neste sentido, pretendemos realizar nossa intervenção com a população de hipertensos e diabéticos da nossa Unidade Básica de Saúde Nimio Insfran Martinez, no Bairro Universitário.

A mesma, em termos de estrutura física, possui os seguintes setores: uma recepção, onde se realizam os agendamentos, informações, além de direcionar os usuários de acordo com a demanda, dois consultórios destinados às consultas médicas; uma sala para a consulta de enfermagem e exame citopatológico; e consultório odontológico; sala de medicação e curativos; uma farmácia, onde ocorre o armazenamento e distribuição de medicamentos; uma copa; três banheiros, sendo 1 para uso dos funcionários, e 2 para usuários (masculino e feminino), 1 na sala de vacinas onde ocorrem armazenamento e administrações de vacinas de rotina e campanhas de vacinação; um almoxarifado, para armazenamento de materiais e suprimentos médicos e administrativos. Na área externa temos uma pequena área onde as vezes nos reunimos e onde ocorria o grupo de idosos, mas devido o calor fazemos na própria sala de espera.

A intervenção no tratamento e no acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes, através da formação de grupos para ação educativa, seguimento regular, garantia de fornecimento de medicação e atendimento de intercorrências, por equipe multidisciplinar, mostra-se notavelmente útil no controle destas doenças crônicas. Toda a da equipe da saúde da família da UBS está envolvida nos trabalhos de promoção e prevenção de saúde com os pacientes alvos desta estratégia de intervenção. Nossa principal dificuldade será educar e acompanhar os mesmos adequadamente, mas a população é bastante receptiva, o que ajuda muito. Esse tipo de intervenção pode ser mantida e ampliada no atendimento dos serviços públicos de saúde, levando a uma redução relativa e absoluta no número de usuários com pressão moderada e grave e diabetes mellitus.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a qualidade da atenção ofertada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, pertencentes à área de abrangência da UBS Nimio Insfran Martinez, no município de Rio Branco/AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1. Cadastrar 100 % 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 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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.

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.

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.

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

Objetivo 5. Mapear 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.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Nimio Insfran Martinez, no Município de Rio Branco-AC. Participarão da intervenção os usuários portadores de HAS e/ou DM, pertencentes à área de abrangência, além da equipe de saúde da referida unidade e a comunidade.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1. Cadastrar 100 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Revisaremos os prontuários e ficha espelho dos com hipertensão e apoiados nesses dados confeccionaremos um registro para o controle no cadastramento dos 100 % dos hipertensos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Organizaremos o trabalho na rotina da unidade de modo que atendamos prioritariamente em dias selecionados aos usuários com hipertensão em consultas e visitas domiciliares para buscar os faltosos. Os ACS serão constantemente informados sobre os faltosos, para que possa o quanto antes descobrir os motivos do não comparecimento a UBS. Organizaremos a agenda para acolher os hipertensos provenientes destas buscas domiciliares

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Será disponibilizada uma cartilha contendo todas as informações necessárias. Ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão, caso haja um número excessivo de faltosos. Para isto, estaremos realizando reuniões na nossa UBS, para debatermos nossas ações. Esclareceremos aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Treinaremos os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Realizar palestras em conjunto com toda a equipe, utilizando como material de referência, o caderno de atenção básica nº37 sobre Hipertensão Arterial Sistêmica.

Meta 1.2. Cadastrar 100% 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:

Ações: Revisaremos os prontuários e ficha espelho dos usuários diabéticos e apoiados nesses dados confeccionaremos um registro para o controle no cadastramento dos 100 % dos hipertensos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Organizaremos o trabalho na rotina da unidade de modo que atendamos prioritariamente em dias selecionados aos usuários diabéticos em consultas e visitas domiciliares para buscar os faltosos. Os ACS serão constantemente informados sobre os faltosos, para que possa o quanto antes descobrir os motivos do não comparecimento a UBS. Organizaremos a agenda para acolher os diabéticos provenientes destas buscas domiciliares

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Será disponibilizada uma cartilha contendo todas as informações necessárias. Ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes, caso haja um número excessivo de faltosos. Para isto, estaremos realizando reuniões na nossa UBS, para debatermos nossas ações. Esclareceremos aos portadores de diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Treinaremos os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Realizar palestras em conjunto com toda a equipe, utilizando como material de referência, o caderno de atenção básica nº36 sobre Diabetes Mellito.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Pretendemos monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos, monitorar o número deles com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular para estes pacientes.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Para esta ação pretendemos definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos. Organizaremos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabeleceremos periodicidade para atualização dos profissionais. Vamos disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde, garantir a solicitação dos exames complementares, garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Vamos estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados. Realizaremos controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Pretendemos manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Dentro de nossas ações também está a de orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão. Orientaremos os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Orientaremos os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Iremos capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitaremos a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Realizaremos atualização do profissional no tratamento da hipertensão. Capacitaremos a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Pretendemos monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos, monitorar o número deles com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular para estes pacientes.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Para esta ação pretendemos definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos. Organizaremos a capacitação dos profissionais de

acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabeleceremos periodicidade para atualização dos profissionais. Vamos disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde, garantir a solicitação dos exames complementares, garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Vamos estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados. Realizaremos controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Dentro de nossas ações também está a de orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientaremos os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Orientaremos os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Iremos capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitaremos a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Capacitaremos a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Pretendemos monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos, monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular para estes pacientes.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Para esta ação pretendemos definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos. Organizaremos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Estabeleceremos periodicidade para atualização dos profissionais. Vamos disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde, garantir a solicitação dos exames complementares, garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Vamos estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados. Realizaremos controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Pretendemos manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Dentro de nossas ações também está a de orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientaremos os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Orientaremos os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Orientaremos os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Iremos capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitaremos a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Realizaremos atualização do profissional no tratamento da hipertensão. Capacitaremos a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Pretendemos monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos, monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular para estes pacientes.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Para esta ação pretendemos definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos. Organizaremos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabeleceremos periodicidade para atualização dos profissionais. Vamos disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde, garantir a solicitação dos exames complementares, garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Vamos estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados. Realizaremos controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Pretendemos manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Dentro de nossas ações também está a de orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientaremos os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Orientaremos os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Orientaremos os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Iremos capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitaremos a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Realizaremos atualização do profissional no tratamento da hipertensão. Capacitaremos a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Pretendemos monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos, monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde,

monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular para estes pacientes.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Para esta ação pretendemos definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos. Organizaremos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabeleceremos periodicidade para atualização dos profissionais. Vamos disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde, garantir a solicitação dos exames complementares, garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Vamos estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados. Realizaremos controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Pretendemos manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Dentro de nossas ações também está a de orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientaremos os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Orientaremos os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Orientaremos os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Iremos capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitaremos a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Realizaremos atualização do profissional no tratamento da hipertensão. Capacitaremos a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Pretendemos monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos, monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular para estes pacientes.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Para esta ação pretendemos definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos. Organizaremos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabeleceremos periodicidade para atualização dos profissionais. Vamos disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde, garantir a solicitação dos exames complementares, garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Vamos estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados. Realizaremos controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Pretendemos manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Dentro de nossas ações também esta a de orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientaremos os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Orientaremos os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Orientaremos os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Iremos capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitaremos a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Realizaremos atualização do profissional no

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Pretendemos monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos, monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular para estes pacientes.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Para esta ação pretendemos definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos. Organizaremos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabeleceremos periodicidade para atualização dos profissionais. Vamos disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde, garantir a solicitação dos exames complementares, garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Vamos estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados. Realizaremos controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Pretendemos manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Dentro de nossas ações também esta a de orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientaremos os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Orientaremos os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Orientaremos os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Iremos capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitaremos a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Realizaremos atualização do profissional no tratamento da hipertensão. Capacitaremos a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Pretendemos monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos, monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular para estes pacientes.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Para esta ação pretendemos definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos. Organizaremos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabeleceremos periodicidade para atualização dos profissionais. Vamos disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde, garantir a solicitação dos exames complementares, garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Vamos estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados. Realizaremos controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Pretendemos manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Dentro de nossas ações também esta a de orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientaremos os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Orientaremos os

pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Orientaremos os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Iremos capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitaremos a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Realizaremos atualização do profissional no tratamento da hipertensão. Capacitaremos a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Monitoraremos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Para isto, revisaremos os prontuários e ficha espelho dos mesmos. Utilizaremos registros específicos para este grupo, a fim de acompanharmos melhor os mesmos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Para o cumprimento desta ação organizaremos visitas domiciliares para buscar os faltosos assim como organizaremos a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Será disponibilizada uma cartilha contendo todas as informações necessárias. Ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes, caso haja um número excessivo de faltosos. Para isto, estaremos realizando reuniões na nossa UBS para debatermos nossas ações. Esclareceremos aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Treinaremos os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Monitoraremos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Para isto, revisaremos os prontuários e ficha espelho dos mesmos. Utilizaremos registros específicos para este grupo, a fim de acompanharmos melhor os mesmos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Para o cumprimento desta ação organizaremos visitas domiciliares para buscar os faltosos assim como organizaremos a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Será disponibilizada uma cartilha contendo todas as informações necessárias. Ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes, caso haja um número excessivo de faltosos. Para isto, estaremos realizando reuniões na nossa UBS para debatermos nossas ações. Esclareceremos aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Treinaremos os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Pretendemos monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Nosso objetivo é manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento. Pactuaremos com a equipe o registro das informações. Definiremos responsável pelo monitoramento registros. Organizaremos

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Treinaremos a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético além de capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Pretendemos monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Nosso objetivo é manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento. Pactuaremos com a equipe o registro das informações. Definiremos responsável pelo monitoramento registros. Organizaremos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Treinaremos a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético além de capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Monitoraremos o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Para esta ação pretendemos priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco, para isso vamos organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Orientaremos os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular assim como esclareceremos os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Capacitaremos a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e também capacitaremos a equipe para a importância do registro desta avaliação assim como capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Monitoraremos o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Para esta ação pretendemos priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco, para isso vamos organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Orientaremos os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular assim como esclareceremos os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Capacitaremos a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e também capacitaremos a equipe para a importância do registro desta avaliação assim como capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Monitoraremos a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Monitoraremos a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Monitoraremos a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Monitoraremos a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Demandaremos ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

Organizaremos práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Organizaremos a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético. Estabeleceremos prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandaremos junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Orientaremos os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Orientaremos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Orientaremos hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. Buscaremos parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de

promoção da saúde. Mobilizaremos a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Monitoraremos a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos. Monitoraremos a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos. Monitoraremos a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos. Monitoraremos a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Demandaremos ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Organizaremos práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Organizaremos a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético. Estabeleceremos prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandaremos junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Orientaremos os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Orientaremos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Orientaremos hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. Buscaremos parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. Mobilizaremos a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Monitoraremos a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos. Monitoraremos a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos. Monitoraremos a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos. Monitoraremos a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Demandaremos ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Organizaremos práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Organizaremos a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético. Estabeleceremos prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandaremos junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Orientaremos os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Orientaremos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Orientaremos hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Buscaremos parcerias na comunidade, reforçando a intersectorialidade nas ações de promoção da saúde. Mobilizaremos a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Monitoraremos a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos. Monitoraremos a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos. Monitoraremos a realização de orientação para atividade física

regular aos hipertensos e diabéticos. Monitoraremos a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Demandaremos ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Organizaremos práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Organizaremos a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético. Estabeleceremos prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandaremos junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Orientaremos os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Orientaremos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Orientaremos hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. Buscaremos parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. Mobilizaremos a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Monitoraremos a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos. Monitoraremos a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos. Monitoraremos a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos. Monitoraremos a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Demandaremos ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Organizaremos práticas coletivas para orientação de atividade física.

Demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Organizaremos a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético. Estabeleceremos prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandaremos junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Orientaremos os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Orientaremos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Orientaremos hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. Buscaremos parcerias na comunidade, reforçando a intersectorialidade nas ações de promoção da saúde. Mobilizaremos a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Monitoraremos a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos. Monitoraremos a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos. Monitoraremos a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos. Monitoraremos a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Demandaremos ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Organizaremos práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Organizaremos a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético. Estabeleceremos prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandaremos junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Orientaremos os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Orientaremos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Orientaremos hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. Buscaremos parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. Mobilizaremos a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Monitoraremos a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos. Monitoraremos a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos. Monitoraremos a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos. Monitoraremos a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Demandaremos ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Organizaremos práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Organizaremos a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético. Estabeleceremos prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandaremos junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Orientaremos os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Orientaremos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Orientaremos hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. Buscaremos parcerias na comunidade, reforçando a intersectorialidade nas ações de promoção da saúde. Mobilizaremos a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Monitoraremos a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos. Monitoraremos a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos. Monitoraremos a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos. Monitoraremos a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Demandaremos ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Organizaremos práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Organizaremos a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético. Estabeleceremos prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandaremos junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Orientaremos os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Orientaremos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Orientaremos hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. Buscaremos parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. Mobilizaremos a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1. Cadastrar 100 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: 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 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Indicador: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Numerador:

Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Objetivo 5. Mapear 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: 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: 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: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Numerador: Número de pacientes 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: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão e Diabetes vamos adotar o Caderno de Atenção Básica N^o 36, DIABETES MELLITUS - Estratégias para o Cuidado

da Pessoa com Doença Crônica e o Caderno de Atenção Básica Nº 37, HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA - Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica, disponibilizados pelo MS, disponibilizados pelo Ministério da Saúde em 2013. Utilizaremos a ficha de hipertensão e diabetes e a ficha espelho disponíveis no município. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal e outros dados relativos à classificação de risco do hipertenso e/ou diabético. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, para isto vamos elaborar uma ficha complementar. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelho necessária e para imprimir as fichas complementares que serão anexadas às mesmas. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os hipertensos e/ou diabéticos que vieram ao serviço para consulta de rotina nos últimos 6 meses. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso. Como atualmente estamos sem enfermeira no posto, e temos uma excelente técnica de enfermagem, eu mesma farei isto com ela.

Organizaremos visitas domiciliares para buscar os faltosos. Disponibilizaremos de dois turnos semanais para que possamos visitar aqueles usuários com dificuldades de se deslocarem até a UBS. Os ACS serão constantemente informados sobre os faltosos, para que possa o quanto antes descobrir os motivos do não comparecimento a UBS.

Organizaremos a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares. Também, monitoraremos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Para isto, revisaremos os prontuários e ficha espelho dos mesmos. Utilizaremos registros específicos para este grupo, a fim de acompanharmos melhor os mesmos. Informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Será disponibilizada uma cartilha contendo todas as informações necessárias.

Ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão, caso haja um número excessivo de faltosos. Para isto, realizaremos reuniões na nossa UBS, para debatermos nossas ações. Esclareceremos aos portadores de hipertensão /ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade

preconizada para a realização das consultas. Treinaremos os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Para esta ação, realizaremos palestras em conjunto com toda a equipe, utilizando como material de referência, os cadernos supracitados.

Os responsáveis por esta ação serão o médico e a enfermeira da equipe. Toda terça-feira e quinta-feira pelo horário da tarde estarão reservadas para a realização das visitas domiciliares aos usuários acamados ou com dificuldade de locomoção assim como os pacientes hipertensos e diabéticos para que possam ser realizados alguns exames de rotina como, aferir a pressão arterial e glicemia capilar e realizar orientação sobre as consultas e realização de exames complementares de rotina.

Providenciaremos junto com a direção municipal a impressão de cartilhas informativas com informação importante que deverá ser entregue aos usuários no momento da visita ou consulta, bem como das fichas-espelho em número suficiente para o quantitativo de usuários com hipertensão e diabetes de nossa área de abrangência.

Definiremos atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com hipertensão e diabetes. Organizaremos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabeleceremos periodicidade para atualização dos profissionais. Vamos disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde, garantir a solicitação dos exames complementares, e tentar garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Vamos estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados. Realizaremos controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Pretendemos manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Além disso, pretendemos monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão e diabetes, monitorando o número destes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde. Monitoraremos aqueles com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada e o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular para os mesmos.

Dentro de nossas ações também está a de orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Também orientaremos os mesmos quanto à

necessidade de realização de exames complementares, a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Para isto, capacitaremos a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitaremos a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Realizaremos atualização do profissional no tratamento da hipertensão. Capacitaremos a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Os responsáveis pelo correto seguimento desta ação serão o médico e a enfermeira da área de cobertura, atualmente a técnica. As capacitações com a equipe serão realizadas na própria unidade de saúde nos horários que vamos disponibilizar para as mesmas. O principal é orientar os ACS e à enfermeira e técnica quanto ao preenchimento da ficha espelho e a folha de seguimento ambulatorial dos pacientes hipertensos e diabéticos. Providenciaremos com a secretaria de atenção básica material informativo didático para poder orientar os ACS e enfermeira quanto às medidas gerais que devem ser adotadas na UBS.

O médico ficará responsável por monitorar esta ação. Para isto capacitaremos os ACS na mesma unidade básica de saúde em horário destinado a estas capacitações para que os mesmos sejam capazes de orientar os usuários quanto à periodicidade de consultas e realização de exames complementares. Além disso, realizaremos reuniões com pacientes para poder passar algumas orientações gerais.

Implantaremos a planilha/registro específico de acompanhamento. Pactuaremos com a equipe o registro das informações, definindo o responsável pelo monitoramento registros. Organizaremos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Pretendemos monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Orientaremos os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Treinaremos a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético além de capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Com ajuda dos ACS, a enfermeira deve acessar os prontuários assim como caderno de atendimento e folhas de produção para determinar quantos usuários se encontram em situação irregular quanto a consultas de rotinas e exames complementares. Para isto capacitaremos os ACS para uma correta pesquisa e preenchimento da ficha espelho. Providenciaremos juntos com os ACS um mapeamento atualizado dos usuários com hipertensão e diabetes para manter em dia o número de consultas para isto providenciamos a ficha espelho para acompanhamento dos pacientes. Pretendemos priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Para isso vamos organizar a agenda para o atendimento desta demanda. Monitoraremos o número dos hipertensos e/ou diabéticos com realização de, pelo menos, uma verificação da estratificação de risco por ano. Orientaremos os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular assim como esclareceremos os mesmos e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Capacitaremos a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e também capacitaremos a equipe para a importância do registro desta avaliação assim como capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

O médico e enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento destes usuários. Capacitaremos à equipe quanto à classificação de risco dos hipertensos e diabéticos. Para isto os agentes comunitários de saúde deverão realizar pesquisa ativa dos pacientes e entrevistar quando a periodicidade de consultas assim como intercorrências pelas quais eles passarão nos últimos meses. Organizaremos a ficha espelho e material impresso para orientação das atividades.

Vamos monitorar a agenda da atenção à saúde bucal, nutricional e prática de exercícios físicos assim como abandono do tabagismo e alcoolismo de forma a possibilitar à atenção ao hipertenso e diabético. Estabeleceremos prioridades de atendimento considerando a classificação do risco. Demandaremos junto ao gestor oferta de consultas com especialistas para estes usuários. Monitoraremos a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com os especialistas. Buscaremos parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. Mobilizaremos a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com as diferentes especialidades. Capacitaremos a equipe para a avaliação do usuário hipertenso e diabético.

Organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Monitoraremos a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos. Orientaremos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Capacitaremos a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Organizaremos práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Monitoraremos a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos. Orientaremos hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. Capacitaremos a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Demandaremos ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Monitoraremos a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos. Orientaremos os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Capacitaremos a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas assim como capacitaremos a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

O médico e a enfermeira ficarão responsáveis por estas ações. Os encontros com a comunidade deverão como mínimo mensalmente. Contaremos com a participação do médico, enfermeira/técnica e ACS responsáveis pela cobertura desta comunidade. Necessitamos confeccionar o material informativo para poder ilustrar de forma didática as orientações que serão prestadas aos usuários do serviço de saúde local.

3 Relatório da Intervenção

Importante trazeremos aqui, como forma de esclarecimento que, a presente intervenção estava prevista inicialmente para ser realizada em 16 semanas. No entanto, foi realizada em 12 semanas, entre os meses de março e maio de 2015, seguindo orientações da coordenação geral do curso de Especialização em Saúde da Família, UNASUS/UFPEL. Essa redução de semanas teve o intuito de ajustar a intervenção ao cronograma do curso.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Foram definidas para o desenvolvimento desta intervenção uma série de atividades muito importantes, a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de Hipertensão e Diabetes Mellitus, assim como o estabelecimento do papel de cada na ação programática, isso possibilitou a distribuição de responsabilidades, dando poder aos membros da equipe o que permitiu a toma de decisões em relação à atividade. O cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área adstrita, o contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática do atendimento ao hipertenso e diabético solicitando apoio para a captação dos mesmos e para as demais estratégias que serão implementadas deixou em aberto a possibilidade de uma “inter-relação” dos membros da equipe e comunidade para a participação e apoio às ações propostas pelo curso; isso constituiu uma fortaleza para o trabalho e encurtou o espaço que havia entre os serviços de saúde e a comunidade.

No atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos e a realização de atividade no grupo de hipertensos e diabéticos foi um ganho significativo, possibilitando o conhecimento da realidade e evolução deles em consultas, o que

nos permitiu projetar em relação aos assuntos principais a serem tratados nas atividades de promoção de saúde.

Nada conseguiríamos sem a união entre os membros da equipe, que embora sirva para a hierarquização dos cargos, permitiu uma atualização e capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos.

Tivemos coesão, troca de critérios, jornadas de muito trabalho, dias difíceis por afetações da mãe natureza, mas no final acho que além de levar em frente a intervenção, a equipe amadureceu, cresceu, se fortaleceu, criou nexos de trabalho ao redor e direcionadas à população que no final é o nosso principal objetivo e pelo qual podemos dizer que todas as ações foram bem-sucedidas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Venho dizer que, para satisfação de nossa equipe e serviço que não houve ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas. A equipe atuou de forma engajada e comprometida com o desenvolvimento das ações, trabalhando de forma coesa e em busca de nossas metas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não estaria sendo sincera se falasse que tudo foi “cor de rosa”, não é verdade. Sempre existem coisas que acontecem, umas informações que faltam, um caderno não preenchido corretamente, um membro da equipe que não faz direito o que deveria fazer, mas o certo foi que todas as coisas foram revisadas diversas vezes, na intenção de evitar que erros acontecessem e que impedisse a obtenção de resultados de forma satisfatória e fidedigna.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Gradualmente, as ações que foram crescendo durante a intervenção e estão sendo incorporadas à rotina da UBS. Em relação à de promoção de saúde está sendo implementado um roteiro com as atividades educativas que respondam aos principais problemas achados, assim por exemplo, se percebido que nas consultas há um aumento de pacientes que evoluem a quadros de descontrole, seja de pressão, seja de glicemia ou até mesmo das duas, além de tratá-las, se desenham atividades direcionadas a evitá-las também. O vínculo estabelecido com as

lideranças comunitárias é nossa força, pois nesse espaço a gente se relaciona com os pacientes, identifica agravos, promove saúde e os ajudamos sempre que necessário.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A seguir, seguem as análises dos resultados obtidos com a intervenção realizada entre os meses de março e maio de 2015, abordando tanto aspectos quantitativos, quanto àqueles qualitativos, a fim de melhor compreensão das metas estabelecidas para esta intervenção, o que permitirá, verificar como evoluímos e quais os resultados finais. Levaremos em conta que a nossa população total de abrangência foi de 4.429 pessoas, sendo que dentre elas, estão 410 usuários com hipertensão e 138 com diabetes. Válido ressaltar, que esses dados compreendem as pessoas de 20 anos ou mais e que são portadores de uma ou das duas doenças.

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

- Meta1.1. Cadastrar 100 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Em relação a esta primeira meta proposta, podemos dizer que fomos bem sucedidos. No primeiro mês foram cadastrados 92 hipertensos (22%), já no segundo e terceiro mês, aumentou para 250, correspondendo a 61% e fechamos o terceiro mês, com os 410 usuários cadastrados, ou seja, 100%.

Ao longo dos três meses de intervenção, todos os usuários com hipertensão da área foram passaram pelo serviço, sendo cadastrados no

programa e contando com um conjunto de ações sistematizadas e qualificadas em saúde, com acompanhamento adequado e cumprindo, portanto, nossa meta de cadastrar todos os hipertensos no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Conseguir cadastrar os 100% dos pacientes com Hipertensão Arterial foi muito importante, além do registro como pacientes com essa doença, era necessário para poder identifica-os, saber da sua enfermidade, se estão ou não tomando medicação, se sofrem de outros agravos em decorrência da sua doença de base. Decidimos manter atualizados esses cadastros e foram treinados os membros da ESF para que assim fosse, cientes da importância e controle desses usuários.

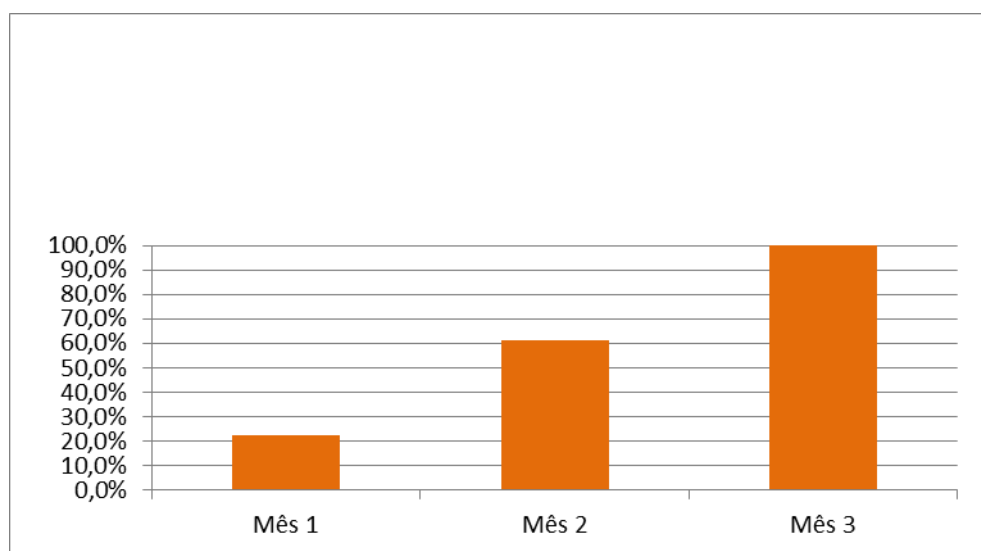


Gráfico 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. UBS Nínio Insfran Martinez, Rio Branco-AC. 2015.

- Meta 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Com relação à cobertura especificamente dos usuários diabéticos, a meta 1.2 para ele proposta foi bem sucedida. No primeiro mês foram cadastrados 22 diabéticos (16%), já no segundo e terceiro mês, aumentou para 110 e fechamos com os 138 respectivamente (80 % e 100 %).

Do mesmo modo como ocorrido com os usuários com hipertensão, ao longo dos três meses de intervenção, todos os usuários diabéticos da área passaram pelo serviço, sendo cadastrados no programa e contando com um conjunto de ações sistematizadas e qualificadas em saúde, com acompanhamento adequado e cumprindo, portanto, nossa meta de cadastrar todos os diabéticos no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Conseguir cadastrar aos 100 % dos pacientes Diabéticos foi muito importante, além do registro como pacientes com essa doença, era necessário para poder identificá-los, saber da sua enfermidade, se estão ou não tomando medicação, se sofrem de outros agravos em decorrência da sua doença de base. Decidimos manter atualizados esses cadastros e foram treinados os membros da ESF para que assim fosse, cientes da importância e controle desses usuários.

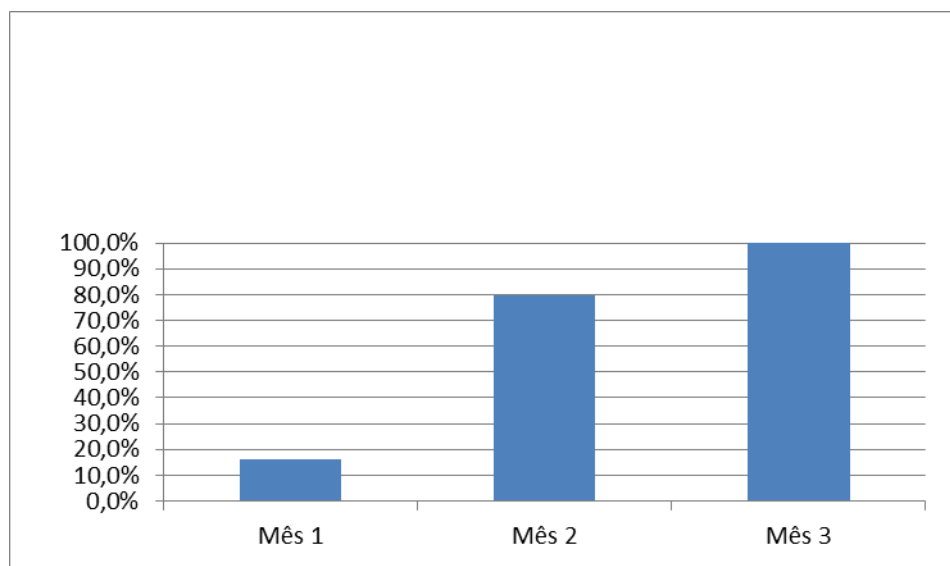


Gráfico 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. UBS Nimio Insfran Martinez, Rio Branco-AC. 2015

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

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

- Indicador: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Para falar nesta meta vamos ver como se comportaram os resultados. No primeiro mês foram 92 (100%) os hipertensos com exame clínico em dia, no segundo e no terceiro já a quantidade foi para 235 (94%) e 410 pacientes respectivamente. Os dados antes exposto evoluíram até os 100 %.

Sabendo a importância que oferece um exame clínico apropriado, o que além é importante para a nossa equipe de saúde que reforçou na rotina do trabalho a realização do exame clínico apropriado em 100 % dos hipertensos. O começo foi ótimo nesta intenção, isso é manifesto pelos resultados. No segundo mês, tivemos um pouco de atrasos em proporção à quantidade de cadastros, mas logo nos últimos trinta dias o resultado foi o desejado ao conseguir chegar à totalidade dos cadastros.

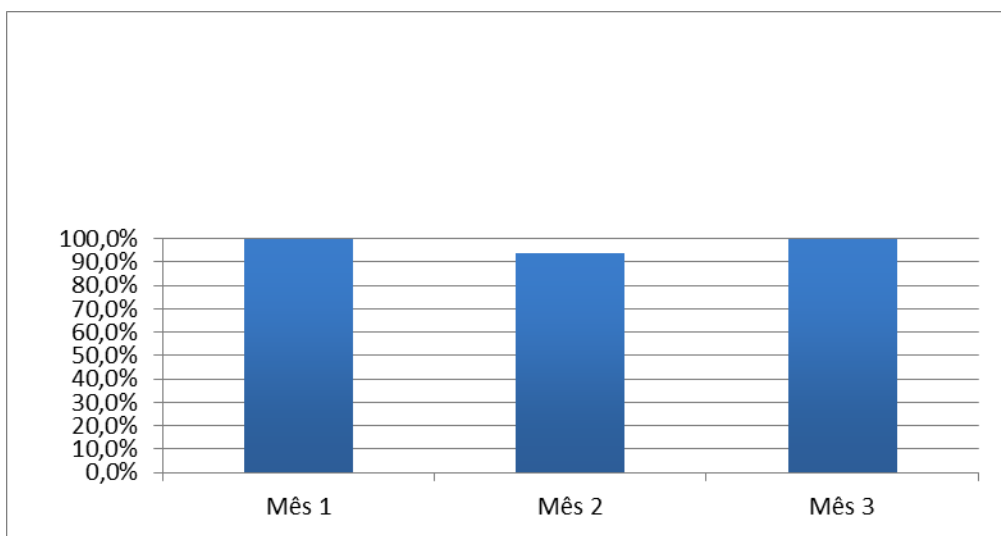


Gráfico 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Nimio Insfran Martinez, Rio Branco-AC. 2015.

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

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

A meta em questão, evoluiu ao longo da intervenção em 22 diabéticos (100% para esse mês), no segundo mês houve aumento nos

cadastros, mas a meta foi alcançada no 97 % dos 107 pacientes. No terceiro mês, foram nos 100 % dos 138 diabéticos.

A incorporação à rotina de trabalho da realização do exame clínico em diabéticos foi reforçada pela ESF, a evolução dessa meta no mês dois não teve queda, só que ao acontecer mais cadastros, em consequência deviam haver-se feito mais avaliações o que não foi assim, dando como resultado que não houvesse um 100 % que depois foi alcançado nos últimos trinta dias.

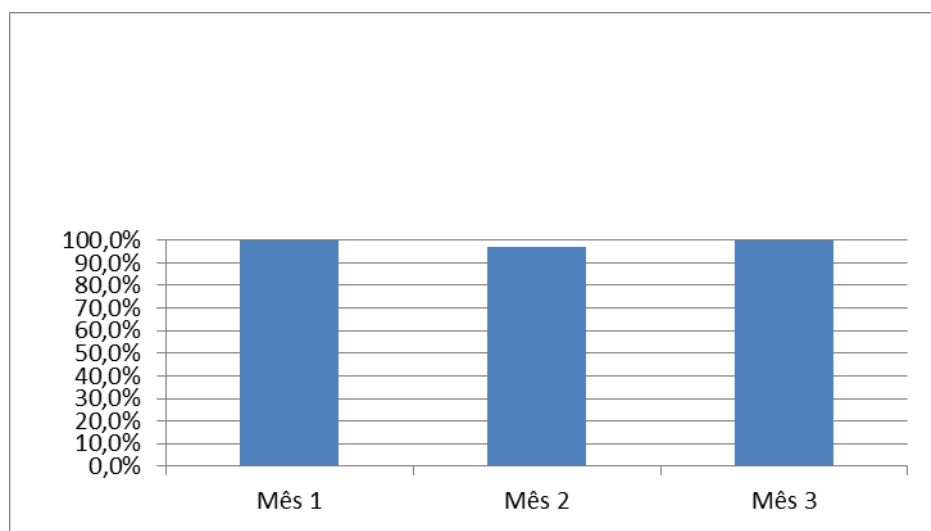


Gráfico 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Nimio Insfran Martinez, Rio Branco-AC. 2015.

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

- Indicador: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. A meta a ser analisada teve-se garantida em 84 hipertensos no primeiro mês, no segundo mês foi para 235 e já para os últimos 30 dias foi para os 410 pacientes com hipertensão. Os resultados anteriormente explícitos corresponderam aos 91 % no mês um da intervenção, aos 94 % no segundo mês e aos 100 % no terceiro mês.

Não só é importante avaliar clinicamente aos hipertensos como garantir a realização de complementares; esta é uma doença que pode trazer alterações em outros órgãos do corpo mesmo como permitir a

ocorrência de outras ou mais que estão relacionadas com ela. Garantir está na rotina do nosso trabalho a realização de exames complementares para os 100 % dos usuários com hipertensão, sendo priorizados para a sua realização em dias pela ESF que atua na UBS e pelos seus ACS.

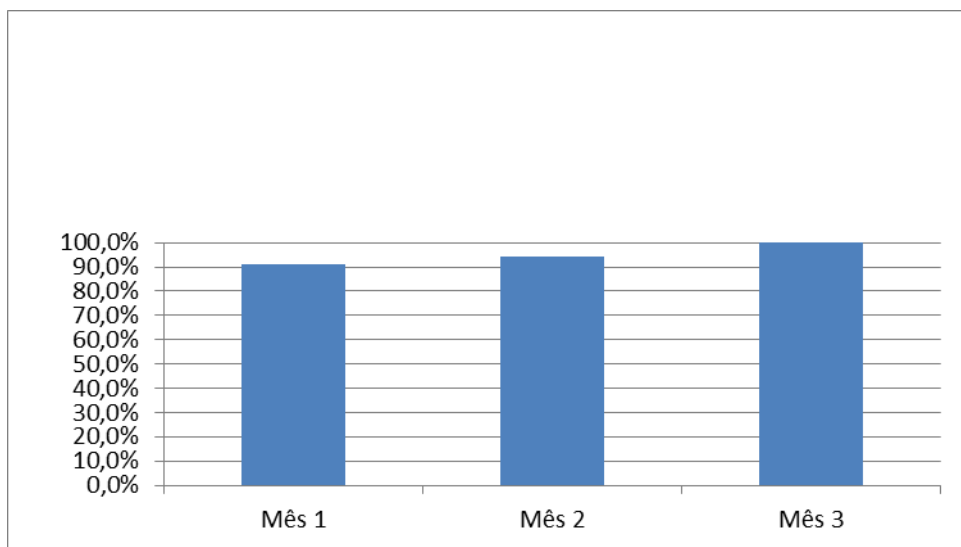


Gráfico 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Nimio Insfran Martinez, Rio Branco-AC. 2015.

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

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

Os resultados aqui tiveram uma evolução favorável. No primeiro mês havíamos realizado em 19 diabéticos dos 22 cadastrados até esse momento (86%) os exames complementares de acordo com o protocolo. Seguindo em frente no mês dois e no mês três, aumentamos os cadastros e conseqüentemente a realização de exames complementares em 107 dos 110 (97%) e ao encerrar, 138 dos 138 (100%)

Além da avaliação clínica nos diabéticos, é importante e necessário, também, garantir a realização de complementares; esta é ao igual que a hipertensão uma doença que pode trazer alterações em outros órgãos do corpo. Está inserida na nossa rotina de trabalho, como componente direto da avaliação ao paciente diabético, a realização de exames complementares para os 100 % dos cadastrados com diabetes compreendidos na faixa etária descrita, sendo priorizados para a sua

realização em dias pela ESF que atua na UBS e pelos seus ACS que controlam o seu cumprimento.

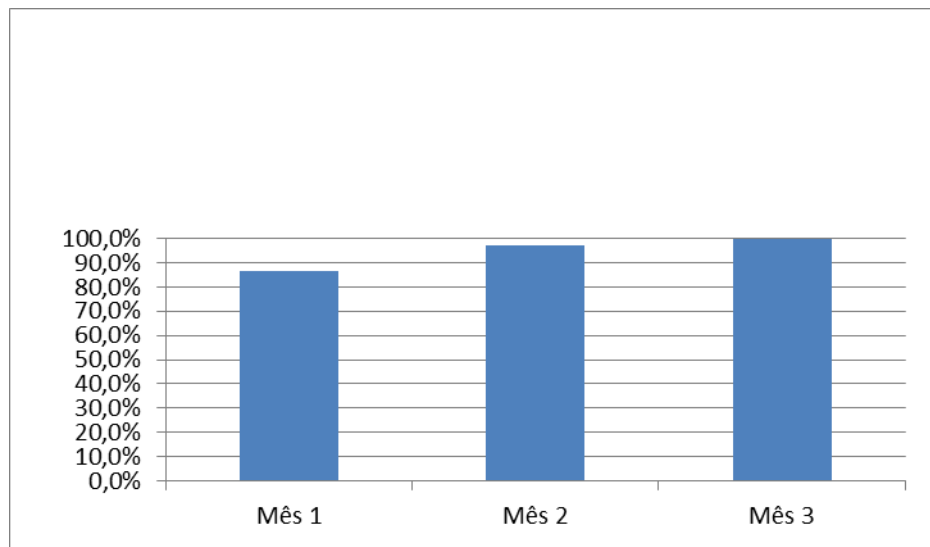


Gráfico 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Nimio Insfran Martinez, Rio Branco-AC. 2015.

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

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

A prescrição de medicamentos da FP efetuou-se em 87 dos 92 hipertensos cadastrados no primeiro mês, o que representou um 95%; durante o segundo mês houve aumento nos cadastros e priorizada a prescrição em 239 (98%) dos usuários que tinham o diagnóstico de hipertensão e que estavam compreendidos com 20 anos e mais. No encerramento do terceiro mês atingimos a meta (100%) da prescrição de medicamentos da FP aos 410 pacientes hipertensos que havíamos incorporado à intervenção.

A prescrição dos medicamentos, ao amparo das portarias 491 de 09/03/2006 e 971 de 17/05/2012, que regulamentam a Farmácia Popular (FP), foi discutida com os membros da ESF e com os ACS, com o propósito de que conhecessem o conteúdo dela e soubessem da utilidade e benefícios que trazem aos pacientes hipertensos a prescrição de medicamentos da FP. Adjuntamos à rotina do trabalho com os usuários alvos da intervenção na nossa unidade a prescrição de medicamentos da

FP, visando melhorar assim a cobertura de controle farmacológico sobre a doença.

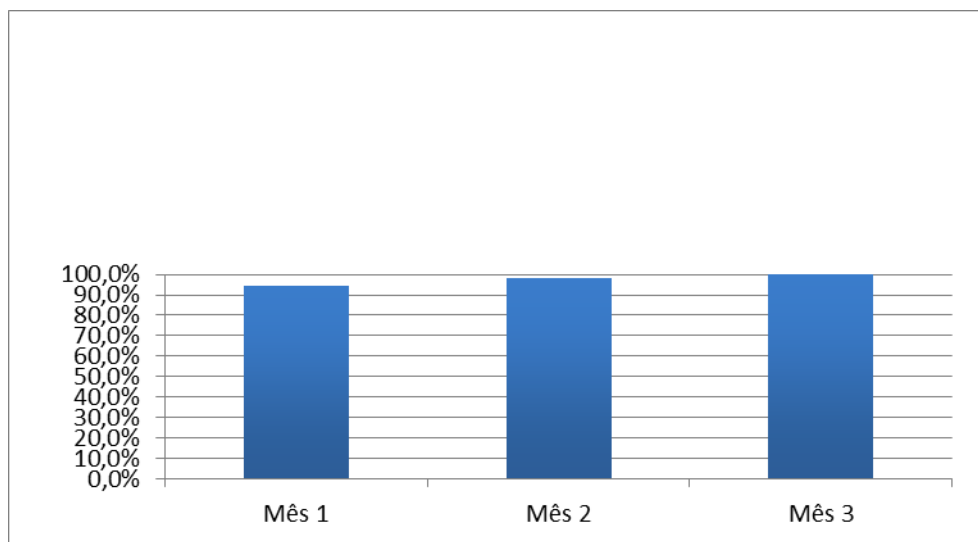


Gráfico 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. UBS Nimio Insfran Martinez, Rio Branco-AC. 2015.

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

- Indicador: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Ao avaliar como evoluiu esta meta durante a nossa intervenção, podemos ainda salientar que nos três meses em que se realizou, obtivemos os 100 %, sendo no primeiro mês 22, no segundo mês 101 e no terceiro 132 (porque temos 6 pacientes que não precisam de remédios para o controle), todos em relação aos cadastros feitos de cada mês.

Vem-se implementando satisfatoriamente na unidade de saúde a prescrição de medicamentos priorizada da FP nos pacientes com diabetes mellitus de 20 anos em diante de idade. Haver feito a apresentação e a discussão das portarias relacionadas com essas questões (491 de 09/03/2006 e 971 de 17/05/2012) com os membros da ESF foi necessário e importante, ainda ressaltando que serviu para que eles estivessem cientes da utilidade e as vantagens da FP.

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

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

A realização de avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos comportou-se bem, sendo que no primeiro e no segundo mês houve 82 e 203 avaliações respectivamente, isso em relação aos aumentos dos cadastros de pacientes hipertensos com 20 anos e mais, ao todo esteve representado por 89 % e 81% respectivamente. Ao encerrarmos o mês terceiro, havíamos chegado à meta proposta, tendo feito a avaliação nos 100 % dos 410 cadastrados.

A equipe levou à rotina de trabalho da UBS a realização dessa avaliação nos pacientes alvos da intervenção, com isso conseguimos dar-lhe mais integralidade ao serviço, que abrange agora também a saúde bucal. Entre o primeiro e no segundo existiu uma diferença em relação aos por centos da gráfica, mas isso ocorreu porque tivemos aumento nos cadastros em relação à existência que havia anteriormente.

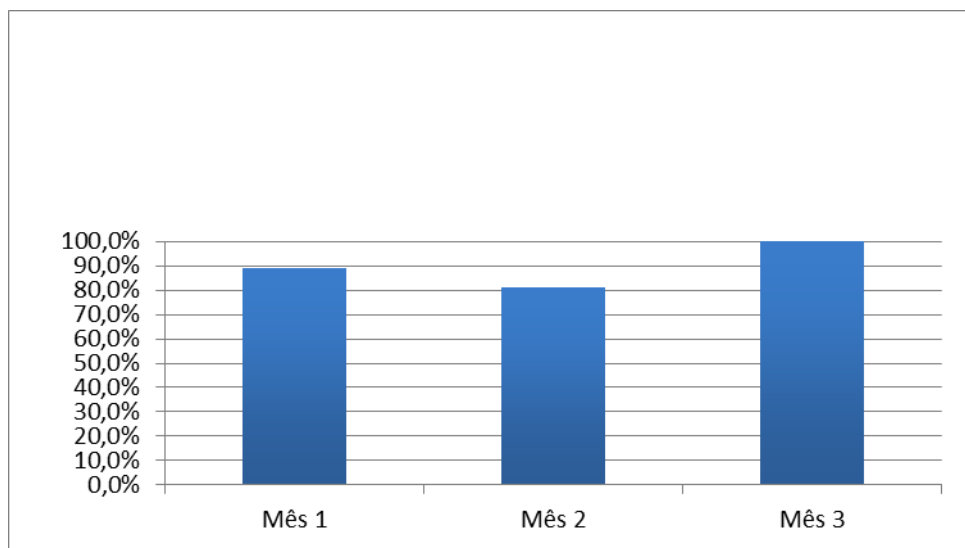


Gráfico 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Nimio Insfran Martinez, Rio Branco-AC. 2015.

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

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

Igualmente à meta anterior, nesta tivemos bons resultados. Aos diabéticos incorporados à intervenção e cadastrados nela, foram feitas as avaliações da necessidade de atendimento odontológico, e comportou-se da seguinte maneira: primeiro mês 86% (19 dos 22 cadastrados), no segundo mês 79 % (87 dos 110 cadastrados) e ao final, no terceiro mês, o cumprimento da meta: 100 %, 138 diabéticos.

Ficou implantado na rotina de trabalho da unidade a realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, o que ainda é mais importante desde que o odontologista desenvolveu palestras nos ACS para que eles pudessem fazer promoção de saúde nas comunidades relacionadas à importância da saúde bucal.

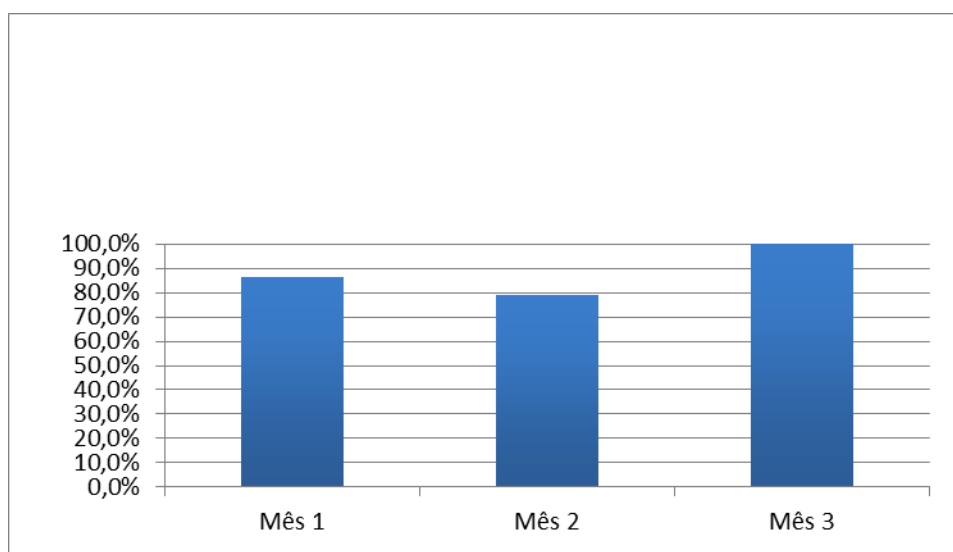


Gráfico 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Nimio Insfran Martinez, Rio Branco-AC. 2015.

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

Desde o primeiro mês da intervenção se esteve cumprindo a meta planejada de buscar os hipertensos faltosos às consultas; foi desde o começo e até o fim que a ESF e os ACS conseguiram cumpri-la nos 100% (9 hipertensos faltosos no primeiro mês, 18 no segundo e 22 no terceiro; todos buscados)

A participação nas atividades desta intervenção foi fundamental, sempre existe alguém que por alguma ou outra razão falta, por isso a equipe pactuou fazer a busca em todos os faltosos. Todos foram contatados e trazidos novamente às atividades o que demonstrou interesse deles e dedicação da equipe, valorizando o nosso trabalho.

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

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

Desde o primeiro mês da intervenção esta foi outra meta cumprida. Buscar os diabéticos faltosos às consultas; foi desde o começo e até o fim que a ESF e os ACS conseguiram cumpri-la nos 100% (3 diabéticos faltosos no primeiro mês e no segundo, já no terceiro 28; todos buscados)

A participação nas atividades desta intervenção foi fundamental, sempre existe alguém que por alguma ou outra razão falta, por isso a equipe pactuou fazer a busca em todos os faltosos. Todos foram contatados e trazidos novamente às atividades o que demonstrou interesse deles e dedicação da equipe, valorizando o nosso trabalho.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

O comportamento quantitativo para esta meta teve um aumento progressivo, mesmo com os cadastros como com os registros das informações. No primeiro mês foram confeccionadas as fichas de 82 hipertensos (92 cadastrados) o que significou um 89%; no segundo mês já

foram feitas em 235 hipertensos dos 250 cadastrados (94%) e quando encerramos o terceiro mês havíamos chegado à cifra e o por cento desejado: 410 hipertensos e 100 % deles com ficha de acompanhamento confeccionada e em dia com as informações.

A elaboração da ficha de hipertenso é uma ferramenta de muita utilidade que possuímos na unidade e a sua confecção é feita pelos ACS que sabem tudo em relação ao historial do paciente e baseados nas consultas e no prontuário de cada um deles acrescentam as informações.

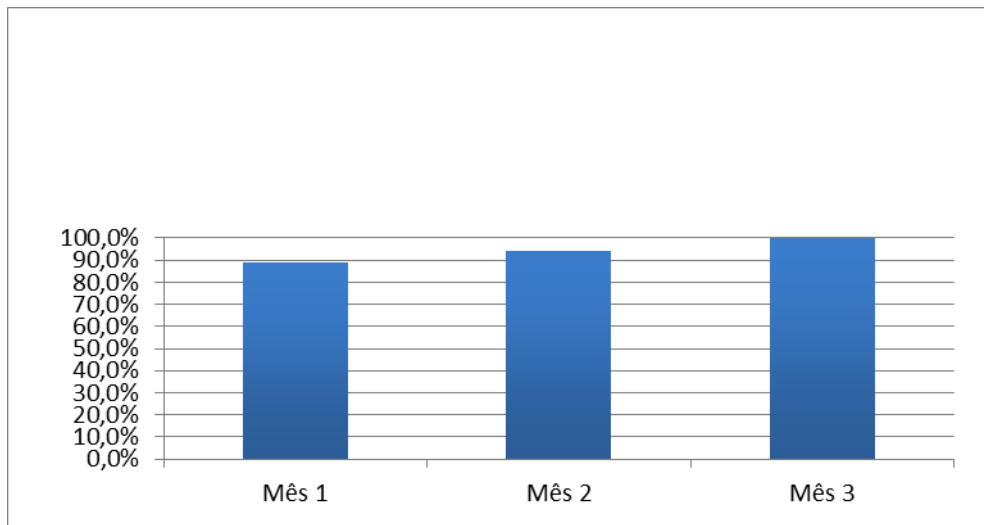


Gráfico 13: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS Nimio Insfran Martinez, Rio Branco-AC. 2015.

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

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

O comportamento quantitativo para esta meta teve um aumento progressivo, mesmo com os cadastros como com os registros das informações. No primeiro mês foram confeccionadas as fichas de 19 diabéticos (22 cadastrados) o que significou um 86%; no segundo mês já foram feitas em 107 diabéticos de 250 cadastrados (97%) e quando encerramos o terceiro mês havíamos chegado à cifra e o por cento desejado: 138 diabéticos e 100% deles com ficha de acompanhamento confeccionada e em dia com as informações.

A elaboração da ficha de acompanhamento de diabéticos é uma ferramenta de muita utilidade que possuímos na unidade e a sua confecção é feita pelos ACS que sabem tudo em relação ao historial do paciente e baseados nas consultas e no prontuário de cada um deles acrescentam as informações.

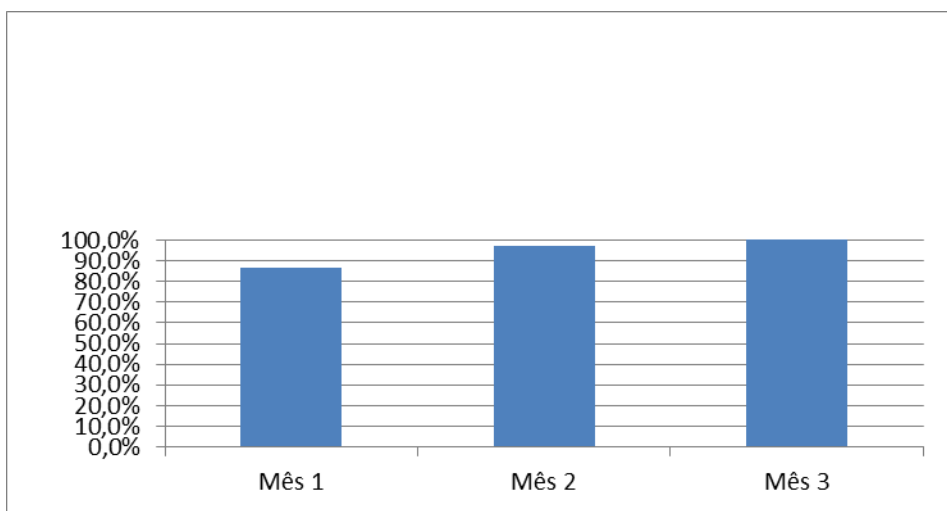


Gráfico 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS Nimio Insfran Martinez, Rio Branco-AC. 2015.

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: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Os resultados quantitativos para esta meta comportaram-se da seguinte maneira: no primeiro mês estratificamos o risco cardiovascular em 90 hipertensos dos 92 que havíamos cadastrado até esse primeiro período, representando um 98%. No segundo mês, embora pareça no por cento que houve uma diminuição, isso foi produzido pelo fato de que tivemos aumento nos cadastros em relação ao mês anterior, 250 cadastrados e deles em 235 hipertensos havia-se feito a estratificação do risco cardiovascular (94%). Para o terceiro mês havíamos feito a estratificação do risco em 410 hipertensos, os 100% em relação ao total.

A nossa responsabilidade com a saúde da população, na atenção primária, é de um olhar integral, associando todos os elementos que compõem a saúde da pessoa, por isso, estratificar o risco e ser consequente com o seu acompanhamento é importante para uma melhor qualidade de vida desses pacientes. Integramos à rotina de trabalho nossa pela importância possuída, esse indicador.

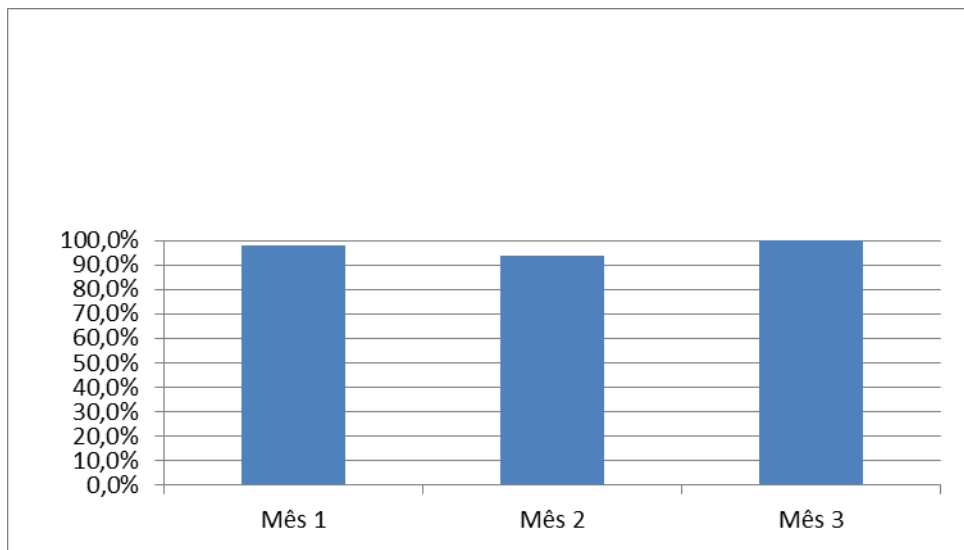


Gráfico 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular. UBS Nimio Insfran Martinez, Rio Branco-AC. 2015.

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

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

Os resultados quantitativos tiveram um comportamento a seguir descrito: no primeiro mês estratificamos o risco cardiovascular em 21 diabéticos dos 22 que havíamos cadastrado até esse primeiro período, representando um 95%. No segundo mês 107 dos 110 cadastrados haviam sido avaliados em relação à estratificação do risco (97%). Para o terceiro mês em 138 diabéticos, os 100 % em relação ao total.

Do mesmo modo como no caso dos hipertensos, precisamos ter responsabilidade com a saúde da população através de um olhar integral, associando todos os elementos que compõem a saúde da pessoa, por isso, estratificar o risco e ser consequente com o seu acompanhamento é

importante para uma melhor qualidade de vida desses pacientes. Integramos à rotina de trabalho nossa pela importância possuída, esse indicador.

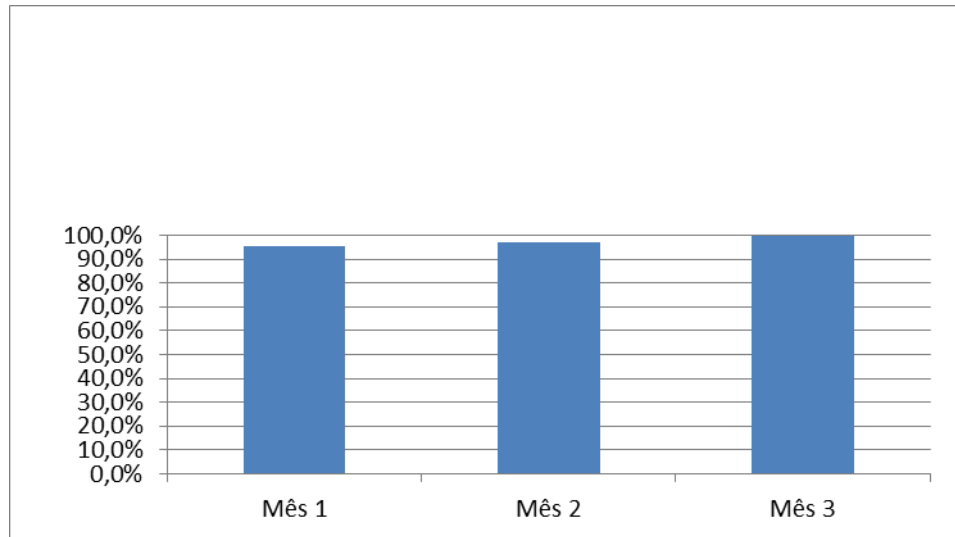


Gráfico 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. UBS Nimio Insfran Martinez, Rio Branco-AC. 2015

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Para esta meta os resultados comportaram-se da seguinte maneira: no mês primeiro, os 100% dos 92 hipertensos incorporados às atividades receberam orientação nutricional em relação à sua doença, no segundo mês com o aumento dos cadastros para 250, 235 deles (94%) recebeu essa orientação e como havia sido a nossa meta, no terceiro mês os 100% dos 410 hipertensos já tinham recebido orientações.

Os cuidados com a saúde dos pacientes hipertensos devem ser integrais, não adianta só tomar os remédios, é muito importante saber quais os alimentos mais saudáveis para quem sofre de hipertensão. Com essa premissa foram feitas na UBS atividades educativas direcionadas ao ensino de quais as melhores refeições, o jeito de prepará-las. A nutricionista convidada para a atividade explicou direitinho o que devia ser feito, como selecionar as refeições e os aportes de cada uma delas à

saúde da pessoa, participaram também os ACS para que conseguissem depois seguir com esse tipo de ações na comunidade.

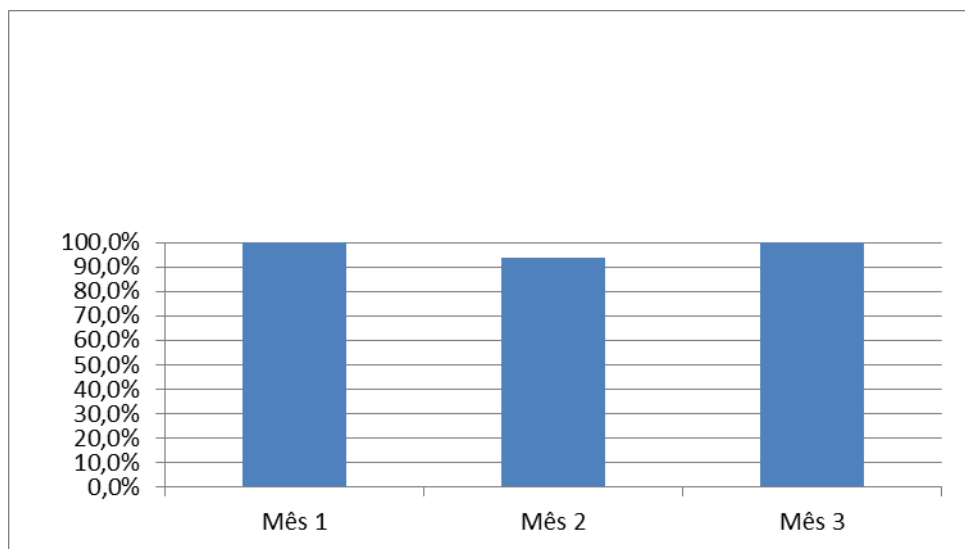


Gráfico 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS Nimio Insfran Martinez, Rio Branco-AC. 2015

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

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

Para esta meta os resultados comportaram-se da seguinte maneira: no mês primeiro, os 100% dos 22 diabéticos incorporados às atividades receberam orientação nutricional em relação à sua doença, no segundo mês com o aumento dos cadastros para 110, 107 deles (97%) recebeu essa orientação e como havia sido a nossa meta, no terceiro mês os 100% dos 138 diabéticos já tinham recebido orientações.

Igualmente como realizado com os usuários com hipertensão, buscamos contemplar os diabéticos com uma atenção integral, sabendo que se trata de uma doença metabólica, mas que interfere seriamente em órgãos e sistemas diversos. Não adianta somente a adesão ao tratamento medicamentoso, sendo muito importante saber quais são os alimentos mais saudáveis para quem sofre de diabetes. Com essa premissa, foram feitos na UBS atividades educativas direcionadas ao ensino de quais as

melhores refeições, o jeito de prepará-las. A nutricionista convidada para a atividade explicou direitinho o que devia ser feito, como selecionar as refeições e os aportes de cada uma delas à saúde da pessoa, participaram também os ACS para que conseguissem depois seguir com esse tipo de ações na comunidade.

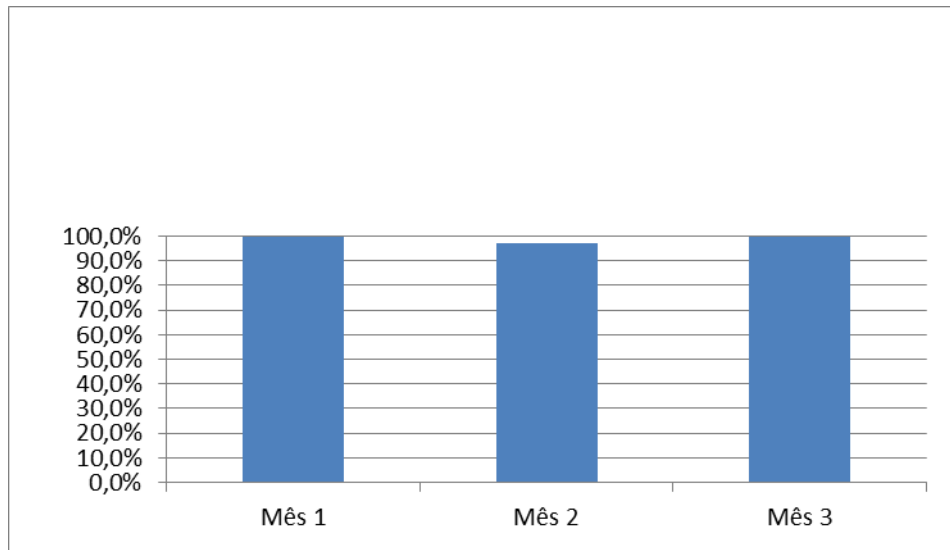


Gráfico 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS Nimio Insfran Martinez, Rio Branco-AC. 2015

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

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

Quantitativamente nesta meta houve um comportamento durante o primeiro mês de 100% nos 92 hipertensos cadastrados que receberam orientações sobre a prática de atividade física regular. Nos seguintes trinta dias foram 235 dos 250 incorporados às nossas atividades os que receberam essa orientação, representando um 94%. Encerramos as atividades para este ponto com os 100% dos hipertensos (410) havendo recebido orientações para a prática de exercício físico regular.

A prática de exercícios, entre outros benefícios, ajuda a produzir um controle sobre a doença, servindo para melhorar a qualidade de vida também. Com a participação de um professor de educação física em três sessões conseguimos oferecer atividade físico-educativa direcionada aos

hipertensos que havíamos trazido para as nossas atividades. Isso possibilitou que eles ficassem mais motivados pelas atividades ao perceber que nos importávamos com a sua saúde, quero salientar também que a ação valorizou a nossa intervenção.

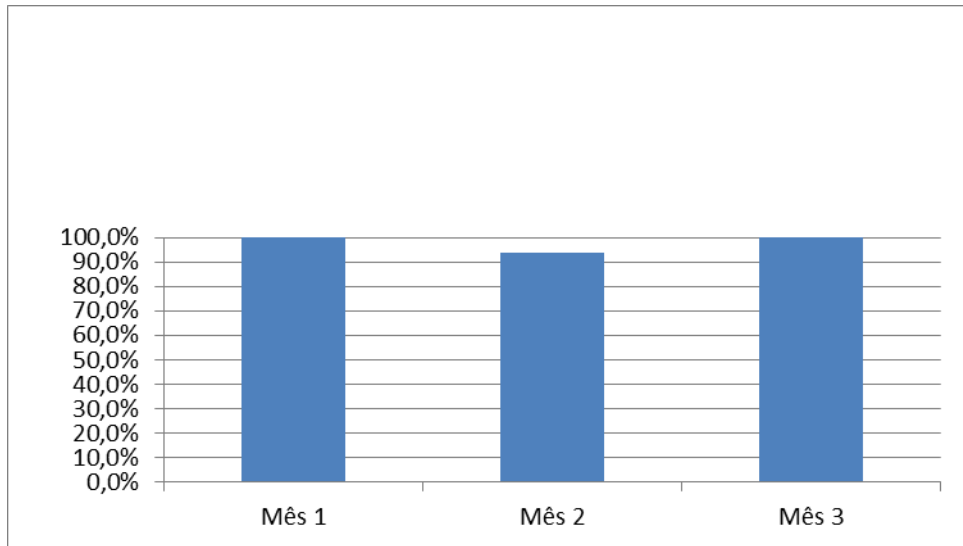


Gráfico 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física. UBS Nimio Insfran Martinez, Rio Branco-AC. 2015

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

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

Para esta meta houve um comportamento durante o primeiro mês de 100% nos 22 diabéticos cadastrados que receberam orientações sobre a prática de atividade física regular. Nos seguintes trinta dias foram em 107 dos 110 incorporados às nossas atividades os que receberam essa orientação, representando um 97%. Encerramos as atividades para este ponto com os 100% dos diabéticos (138) havendo recebido orientações para a prática de exercício físico regular.

Também os diabéticos se beneficiam enormemente com a prática regular da atividade física, contribuindo para um maior controle sobre a doença, servindo para melhorar a qualidade de vida. O educador físico, fez, do mesmo modo, um trabalho direcionado para estes usuários e suas necessidades, através de sessões conseguimos oferecer atividade físico-educativa direcionada aos diabéticos que havíamos trazido para as nossas

atividades. Isso possibilitou que eles ficassem mais motivados pelas atividades ao perceber que nos importávamos com a sua saúde, quero salientar também que a ação valorizou a nossa intervenção.

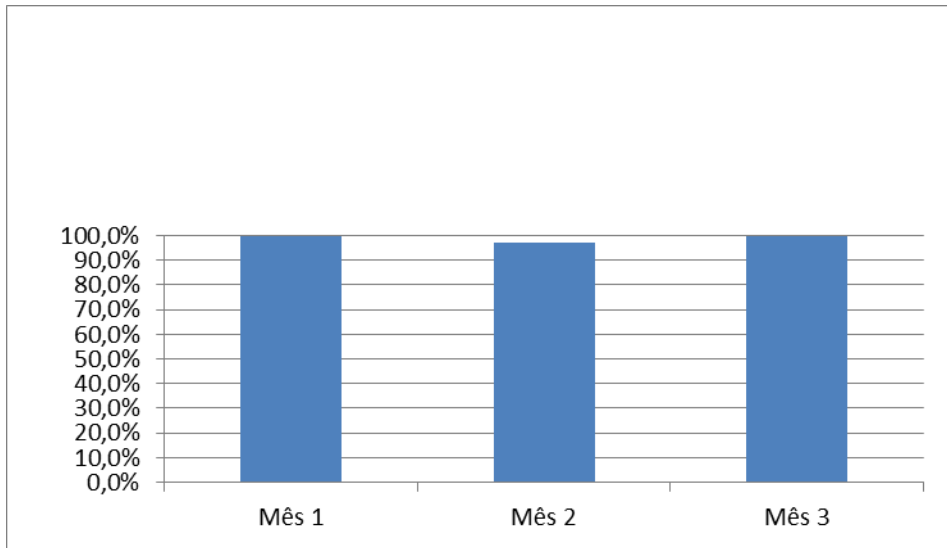


Gráfico 20: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física. UBS Nimio Insfran Martinez, Rio Branco-AC. 2015.

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

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

Para esta meta foram garantidas orientações sobre o tabagismo nos 100% dos 92 hipertensos incorporados até esse momento às atividades da intervenção só no primeiro mês. No segundo e no terceiro os 94% dos 250 hipertensos (235) e nos 100% dos 410 respectivamente haviam recebido esse tipo de orientação.

Como sabemos, o tabagismo influencia negativamente principalmente quando se padece de hipertensão, doença que pode ser muito perigosa, ainda mais quando se tem esse hábito. Para contribuir à diminuição do tabagismo e sobretudo nos pacientes hipertensos, desenvolvemos várias atividades educativas direcionadas ao conhecimento dos riscos e ofertamos consultas especializadas para aqueles que estavam desejando já se afastar desse hábito tão prejudicial à saúde. O segmento ao qual pertence a nos UBS tem uma enfermeira que em várias sessões de

consultas ajuda à eliminação desse hábito e apoiados nisso lhe propusemos aos hipertensos da nossa unidade, priorizando aos desta intervenção esse tipo de assistência.

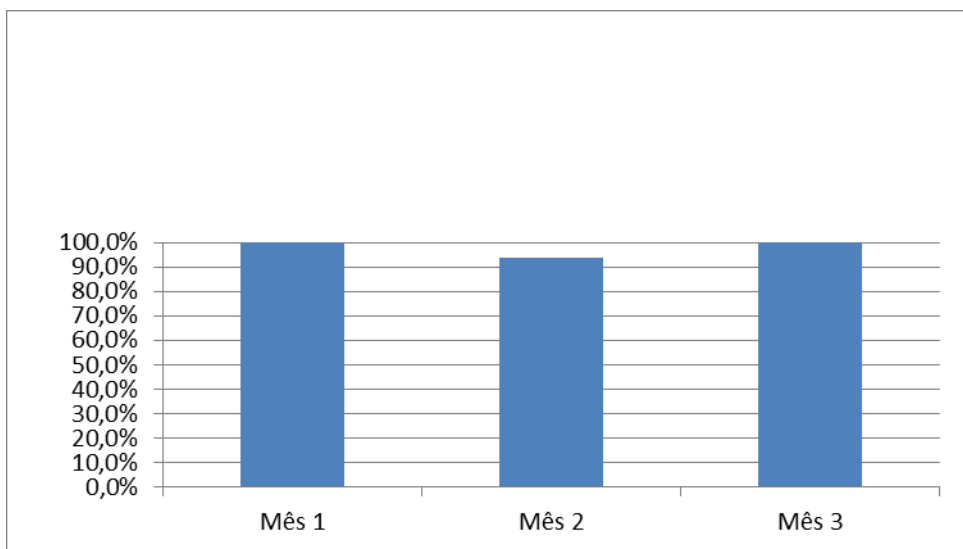


Gráfico 21: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo. UBS Nimio Insfran Martinez, Rio Branco-AC. 2015.

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

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

Na meta em questão foram garantidas orientações sobre o tabagismo nos 100 % dos 22 diabéticos incorporados até esse momento às atividades da intervenção só no primeiro mês. No segundo e no terceiro os 97 % dos 110 diabéticos (107) e nos 100 % dos 138 respectivamente haviam recebido esse tipo de orientação.

Os motivos, justificativas e fatores que interferiram para os resultados obtidos são os mesmo daqueles do caso dos hipertensos.

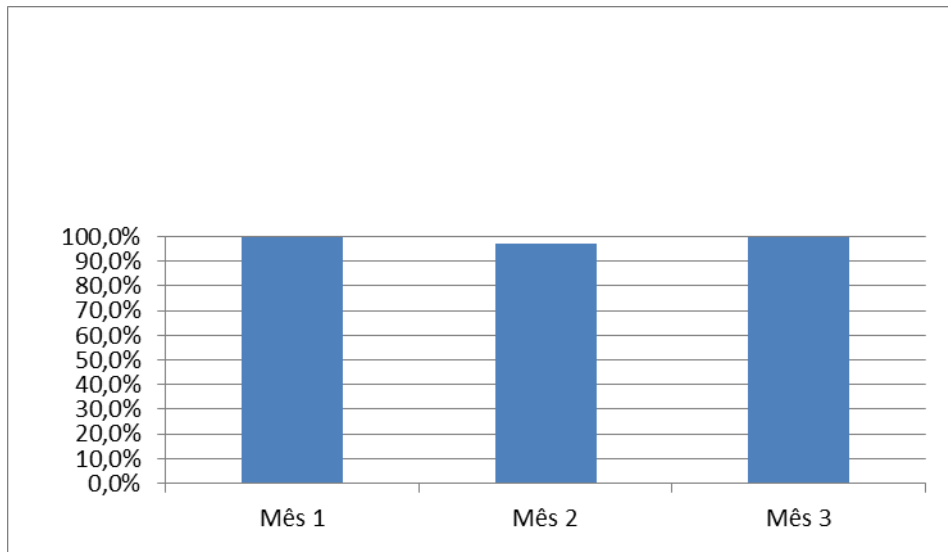


Gráfico 22: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo. UBS Nimio Insfran Martinez, Rio Branco-AC. 2015.

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

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

Durante a realização da meta a ser analisada nesta intervenção tivemos um bom comportamento dos resultados em relação às orientações sobre higiene bucal. No primeiro mês foram os 100% dos 95 hipertensos existentes. Durante o segundo mês houve aumento nos cadastros e os resultados estiveram num 94%, compreendendo assim 235 dos 250 hipertensos que haviam nesse mês. Encerramos o terceiro mês com os 100% dos 410 hipertensos desta intervenção que haviam recebido orientação sobre higiene bucal.

Como explicado para a meta referente ao tabagismo, a saúde bucal deve ser contemplada na hora de avaliar um paciente que sofre de alguma doença crônica, ainda mais tratando-se da hipertensão, entidade que pode trazer complicações à saúde do indivíduo. Com a participação do odontólogo da ESF fizemos várias ações, não só no ambiente da unidade, também na comunidade, mas que estiveram principalmente direcionadas aos hipertensos, daí que forma parte da rotina do nosso trabalho as orientações sobre higiene bucal, como escovar corretamente os dentes e

nos casos específicos, como deve ser o cuidado e a higiene das próteses dentárias.

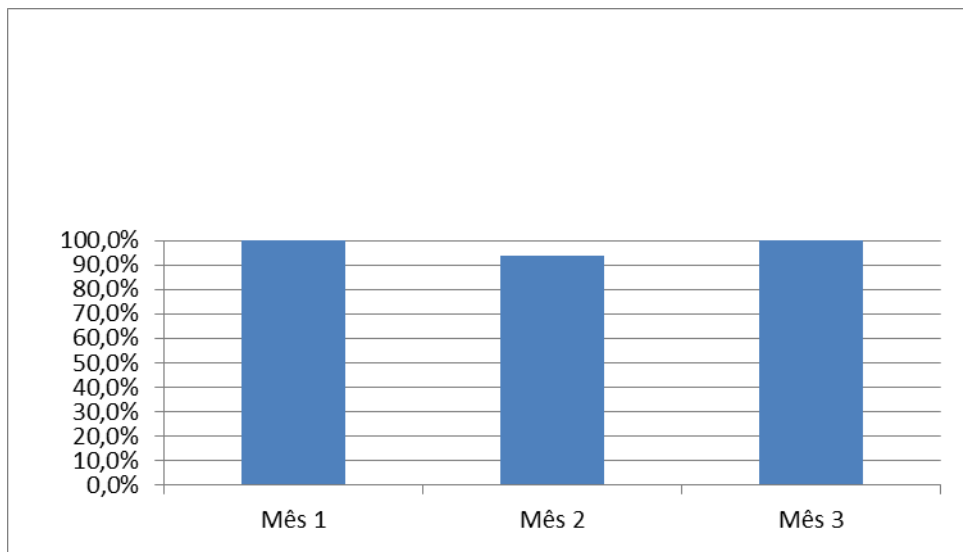


Gráfico 23: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal. UBS Nimio Insfran Martinez, Rio Branco-AC. 2015

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

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

Durante a realização da última meta da intervenção tivemos um bom comportamento dos resultados em relação às orientações sobre higiene bucal. No primeiro mês foram os 100 % dos 22 diabéticos existentes. Durante o segundo mês houve aumento nos cadastros e os resultados estiveram num 97 %, compreendendo assim 107 dos 110 diabéticos que haviam nesse mês. Encerramos o terceiro mês com os 100 % dos 138 diabéticos desta intervenção que haviam recebido orientação sobre higiene bucal.

Como aconteceu com nossos usuários com hipertensão, buscamos contemplar os usuários com diabetes, através de orientações específicas sobre a higiene bucal. O odontólogo teve importante participação nesta meta realizando várias ações não só no ambiente da unidade, também na comunidade, mas que estiveram principalmente direcionadas aos diabéticos, daí que forma parte da rotina do nosso trabalho as orientações sobre higiene bucal, como escovar corretamente os dentes e nos casos

específicos, incluindo também, como deve ser o cuidado e a higiene das próteses dentárias.

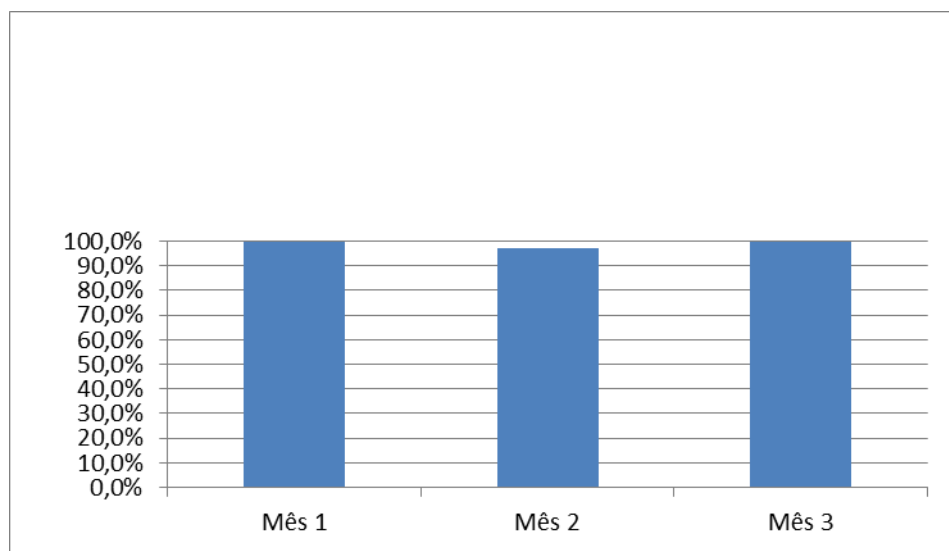


Gráfico 24: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal. UBS Nimio Insfran Martinez, Rio Branco-AC. 2015

4.2 Discussão

É do meu parecer, que tendo sido a intervenção junto aos nossos usuários com hipertensão e diabetes, implementada com sucesso, conseguimos alcançar nosso objetivo maior de qualificar a atenção ofertada pelo serviço e, mesmo naquelas metas nas quais não obtivemos, ainda, a sua totalidade (que será alcançada com a continuidade das ações), alcançamos bons resultados. Conseguimos ampliar a cobertura dos nossos serviços para os 100 % dos hipertensos e diabéticos que tínhamos identificados na nossa área. Na totalidade deles foi feito o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, também como os exames complementares. Seguindo os protocolos do Ministério da Saúde, alcançamos a prescrição de medicamentos da FP priorizada na totalidade de usuários com hipertensão e diabetes e oferecemos para eles do mesmo modo atendimento odontológico.

Aqueles pacientes que começaram a ausentar-se das atividades, foram buscados ativamente para trazê-los novamente para intervenção que estávamos realizando a fim de que fossem devidamente acompanhados e tivemos o maior cuidado também na confecção dos registros na ficha de acompanhamento, como

na estratificação de risco cardiovascular dos hipertensos e/ou diabéticos, tal como havia sido estabelecido na rotina de afazeres. Com os conteúdos na mão para poder oferecermos as dicas certas foi que conseguimos com êxito a orientação nutricional sobre alimentação saudável na hipertensão e na diabetes e com o apoio de um professor de educação física e nutricionista que nos ajudaram, e oferecemos orientações sobre prática regular de atividade física e alimentação saudável. O tabagismo é um hábito que possuem algumas pessoas e que influencia negativamente, principalmente àqueles pacientes que portadores HAS e/ou DM, e foram orientados quanto aos riscos aos 100 por cento desses pacientes. A saúde bucal foi compreendida entre as ações a ser feitas, sendo que também orientamos a esses pacientes.

Importância da Intervenção para a equipe

Fomos consequentes e rigorosos na equipe com a realização das atividades, o que trouxe mais harmonia entre os membros, coesão e valorizou os nossos serviços à população adstrita da área, demonstrando que poderíamos implementar outras ações de saúde visando atender outros programas de saúde, como por exemplo da saúde das crianças, saúde dos adolescentes, acompanhamento das grávidas e puérperas e a saúde do idoso.

Importância da Intervenção para o serviço

O sucesso desta intervenção apreciou-se pelo aumento nos atendimentos médicos aos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência permitindo, mediante a realização das atividades propostas, a inter-relação entre a comunidade e os profissionais de saúde. Estes últimos que compartilharam as atividades que anteriormente eram só feitas pela médica e enfermeira da UBS. Com a execução da intervenção deu-se posse de responsabilidades aos membros da ESF e eles sentiram-se mais úteis e seu trabalho mais apreciado por todos. Como sabemos a valorização do trabalho e do trabalhador se constitui num dos mais importantes pilares da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (PNH-2003).

Importância da Intervenção para a comunidade

Não teríamos conseguido nada sem a participação da comunidade, tanto pelo seu apoio, como pelo envolvimento das ações, pela boa vontade das pessoas dessa área e as suas lideranças com a nossa equipe e quem mais se apresentou com a visão de criar uma estratégia na melhora da qualidade de vida e de saúde das pessoas que sofrem de hipertensão arterial e ou diabetes mellitus. A comunidade de forma em geral ganhou com a oferta de um serviço mais qualificado em saúde, mais organizado, eficiente e, sobretudo os usuários com hipertensão e diabetes de nossa área de abrangência, que agora são cuidados de forma diferenciada, no sentido de suas demandas específicas (levando em conta o princípio da equidade em saúde) e de serem acompanhados sistematicamente, por meio de um conjunto de ações que melhorou e qualificou o cuidado.

O que faria de diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento

A experiência acumulada pelo trabalho em equipe, com engajamento nas ações de saúde e a sistematicidade do trabalho vinculado à rotina de atividades, permitiria conseguir excelentes resultados num período de tempo mais curto. No plano pessoal, conseguir trazer à minha vida profissional a experiência de outros colegas seriam um diferencial, com os quais, nas trocas de ideais, nos fóruns e outros espaços de interação oportunizados pelo curso, aportam muito dos seus conhecimentos e vivências ao dia a dia do meu trabalho. Aprendi que o trabalho em equipe permite ganhar muitas coisas. Todos esses elementos, com certeza fariam a diferença caso desenvolvêssemos a intervenção neste momento.

Viabilidade de incorporar sua intervenção à rotina do serviço / que melhorias pretende fazer na ação programática

Seria um grande erro deixar numa pasta de arquivo sem uso, o resultado de tamanho esforço empreendido e que envolveu e comprometeu efetivamente tantas pessoas, não colocando em prática o aprendizado dela, nem dando continuidade ao nosso trabalho, que trouxe tantos benefícios para todos. Por isso, penso que o caminho é mesmo a incorporação efetiva das ações da intervenção implementada à rotina do nosso trabalho e até mesmo fazer intercâmbio com os outros colegas do programa que fizeram os seus trabalhos em outras linhas de pesquisa como a saúde das crianças ou a saúde do idoso, a fim de, utilizando-nos

das mesmas ferramentas metodológicas, ampliarmos esta proposta para outras áreas programáticas. Pretendo ainda fazer algumas melhorias, desde que consigamos estabelecer grupos específicos desses usuários, como espaço privilegiado para as ações de educação com foco nas ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, para a prática sistemática de exercício desde a comunidade, com a ajuda de educadores físicos ou mesmo atividades sobre alimentação saudável, trazendo para a vida prática de nossos usuários os saberes adquiridos e fortalecendo as ações já implementadas. Para seguirmos melhorando a atenção à saúde no serviço, nosso caminho será sermos consequentes com as ações, visando um acompanhamento sistemático, planejando do ponto de vista clínico, acrescido das atividades de promoção e prevenção e o mais importante, que é dar curso às ações já propostas para esse público-alvo no desenvolvimento da nossa intervenção.

5 Relatório da intervenção para gestores

Acredito que o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) foi um sonho realizado, tanto para o povo brasileiro, que trouxe muitos benefícios para a população, como também para os profissionais, que assim como eu, queríamos uma oportunidade de exercer a nossa profissão e assim ajudar ao povo brasileiro que já é tão sofrido. Foi necessário criar um vínculo entre trabalho e pesquisa para potencializar este objetivo, sendo dessa maneira que estabeleceu-se a especialização em saúde da família.

Sendo participante deste programa e em consequência das atividades de ensino e pesquisa por meio da Especialização em Saúde da Família ofertado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e, trabalhando numa área carente da cidade, onde existe uma população de mais de 4.000 pessoas e onde o número de hipertensos e/ou diabéticos é alto, surgiu então, a possibilidade de implementar uma intervenção que compreendesse os usuários portadores dessas duas doenças, que tivessem 20 anos ou mais de idade. Foi construído um projeto de intervenção, valendo-lhes os indicadores propostos com a finalidade de melhorar a qualidade da atenção em saúde ofertada e, conseqüentemente, a qualidade de vida dos usuários com hipertensão e diabetes de nossa área de abrangência, após identificar aquelas situações de saúde que podiam ser modificáveis.

Em relação à cobertura conseguimos cadastrar 100 % dos usuários com hipertensão e diabetes pertencentes à área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, sendo esse grupo constituído por 410 usuários com hipertensão e 138 com diabetes. O

objetivo foi cumprido graças aos esforços e o trabalho em equipe, recaindo a maior responsabilidade aos agentes comunitários de saúde.

Pensando na qualidade da atenção, foi realizado um conjunto de ações sistemáticas em saúde, onde se realizou o exame clínico apropriado nos 410 hipertensos e 138 diabéticos, aos quais também, foi garantida a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, bem como foi priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade, a realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% deles. Encontramos um pouco de dificuldade na hora de prescrever os remédios pela farmácia popular, já que alguns deles não aceitavam, pois eram prescritos por especialistas.

A adesão ao programa foi conseguida pela constância na participação das atividades e pelos esforços da ESF na sistematicidade, sendo que todos aqueles usuários que faltaram em algum momento às atividades, realizávamos a sua busca, garantindo seu adequado acompanhamento de saúde. Foram mantidas sempre atualizadas as fichas de acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos durante a intervenção à totalidade dos cadastrados, sendo fonte inesgotável de dados úteis para o trabalho de pesquisa que fizemos, o que unido à realização da estratificação do risco cardiovascular para eles, fez com que a avaliação fosse mais integral.

Quanto às ações de promoção e prevenção de saúde, a totalidade dos usuários cadastrados para esta intervenção receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a importância da prática regular de atividade física, assim como os riscos do tabagismo. Realizamos ainda a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos, os mesmos também receberam orientação sobre higiene bucal.

Os desafios e as metas que temos pela frente são grandes, nada é fácil de realizar, mas ficou demonstrado que quando se trabalha em equipe tudo acontece da melhor maneira, desde que todos se sintam envolvidos e comprometidos com as metas desejadas. Obtivemos bons resultados e é o nosso propósito implementar essas ações na rotina do dia a dia e até mesmo ampliar para outras áreas programáticas a mesma proposta, visando assim uma melhora progressiva nos níveis de saúde da população.

Ajuízo que uma articulação certa entre a SEMSA e a equipe, focalizada às ações de saúde na nossa unidade, traria maior viabilização das atividades desde que contarmos com o seu apoio e das divisões que têm relacionamento com a saúde dos usuários com hipertensão e diabetes. Esta parceria vai fortalecer ainda mais a intervenção implementada e aportar novos ganhos, colocando ao seu dispor ferramentas que permitam controlar e manter a saúde do hipertenso e/ou do diabético em nossa área de abrangência.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Vem sendo realizada pela nossa equipe nestes últimos meses uma intervenção em saúde, a fim de melhorarmos a qualidade do serviço ofertado à nossa comunidade. Com foco na saúde de hipertensos e/ou diabéticos, fizemos uma série de ações e atividades direcionadas aos usuários que sofrem de uma ou das duas doenças, com o propósito de identificar quais os principais problemas que estavam apresentando que impediam o controle, buscando, assim, melhorar o nível de saúde e contribuir para uma maior qualidade de vida das pessoas. As ações foram feitas em 410 hipertensos e 138 diabéticos, pertencentes à nossa área de abrangência e acompanhados por nossa UBS.

Para levar em frente os nossos objetivos, fizemos a distribuição das responsabilidades entre todos os membros da equipe, conseguindo assim, um equilíbrio na coleta de informações, na realização de procedimentos e na participação de todos, pensando em aproximar cada vez mais nossa equipe da comunidade e podermos trabalhar todos juntos.

Mediante a realização das ações foi conseguido cadastrar todos os hipertensos e dos diabéticos da área de abrangência (410 e 138 respectivamente) no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, identificados em nossa área. Além de ser feito esse cadastramento, realizamos um conjunto de ações como realizar exame clínico apropriado em todos dos hipertensos e/ou diabéticos, garantindo assim à totalidade dos cadastrados, a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolos do ministério da saúde e priorizando neles a prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Como parte do trabalho, se realizou a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, assim como a orientação sobre higiene bucal. Sempre houve algum que faltou às atividades por uma ou outra razão, por isso também foi realizada a busca pelos membros da equipe aos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde, para assim não perderam a continuidade do tratamento, que é algo importante, principalmente quando falamos de hipertensos e/ou diabéticos. Em todos os usuários fizemos as fichas de acompanhamento, deixando dessa maneira as informações arrumadas para podermos verificar e avaliar os resultados que iríamos alcançar com a realização do nosso trabalho.

A promoção de saúde é vital neste tipo de doenças, mesmo com a estratificação do risco cardiovascular que foi conseguida em todos os hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Fizemos orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a importância da prática regular de atividade física regular e sobre os riscos do tabagismo para todos os pacientes hipertensos e/ou diabéticos que tínhamos incorporado à rotina de desempenho na intervenção em saúde.

Foi um grande sucesso o acometimento de todas as ações e os resultados obtidos servirão de base, com o propósito de seguirmos cada vez mais melhorando a qualidade no atendimento para os usuários que recebem acompanhados em nossa unidade por sofrerem de hipertensão e/ou diabéticos. Por isso, é importante que possamos contar com o apoio da nossa comunidade, apoiando as ações de saúde que realizamos e para que possamos seguir lutando e construindo uma saúde melhor para todos.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Um sonho que se tornou realidade foi ter conseguido fazer parte do projeto Mais Médicos para o Brasil. Nasci nesta cidade, Rio Branco/AC, portanto sempre soube das dificuldades existentes na área médica sofridas pelo povo acreano e isso só aumentou mais ainda minha vontade de ser médica e, após anos de luta e superação pessoal em terras estrangeiras, consegui realizar minha maior aspiração. Com o início do PMM, vi uma porta de entrada para poder retornar à casa perto da família e de amigos, e ter a possibilidade de trabalhar e pesquisar ajudando à saúde da minha população, fato que tem me trazido muitas novas experiências profissionais e pessoais.

Considero que esta especialização me permitiu interagir com outros profissionais que formam parte do PMM, assim como com os nossos orientadores; cada um com maneiras diferentes de enxergar a realidade, de atuar, mas que ao final todos convergimos num mesmo ponto: melhorar a qualidade do atendimento na atenção básica, e com o nosso trabalho no dia a dia contribuirmos para isso em conjunto com as equipes de saúde com as que atuamos. Eu escolhi a área programática HAS e DM pela importância que tem essas duas doenças na qualidade de vida da população brasileira e mundial, que estão em aumento, e que são conhecidas como as doenças do século, que silenciosamente muitas vezes trazem agravos à saúde de quem as sofre.

As situações diversas apresentadas trouxeram a vantagem de nos fazer pesquisar e aprofundar em conhecimentos que incorporamos aos cuidados da saúde. Soubemos das realidades de outros colegas, que em conversas nos fóruns trocamos ideias e critérios que permitiram resolver as situações ocorridas em particular.

Com o PMM o sistema de saúde além de ficar mais fortalecido na atenção básica, potencializou a competitividade profissional numa constante atualização. Penso que todos ganhamos muito com este trabalho, particularmente me sinto uma profissional mais capaz, mais segura, mais humana e sensível aos problemas do próximo, que anteriormente “não tinham solução”, mas que agora contam ao seu dispor com equipes comprometidas com o cuidado e acompanhamento em saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Caderno de Atenção Básica n. 37.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Caderno de Atenção Básica n. 36.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

SILVA, Terezinha Rodrigues et al. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. Saude soc., São Paulo , v. 15, n. 3, Dec. 2006 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000300015

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Apêndices

Apêndice A – Imagens da Unidade

