

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes mellitus, na UBS Alberto Lima, Santana-AP**

Nixy Garcia Giraldo

Pelotas, 2015

Nixy Garcia Giraldo

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes mellitus, na UBS Alberto Lima, Santana-AP**

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: Pablo Viana Stolz

Pelotas, 2015

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

G516m Giraldo, Nixy García

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Alberto Lima, Santana-Ap. / Nixy García Giraldo; Pablo Viana Stolz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

117 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. Stolz, Pablo Viana, orient.
II. Título

CDD : 362.14

A minha querida mãe, com seus 71 anos e que ficou cuidando dos meus filhos, permitindo assim que eu conseguisse chegar até aqui. Aos meus filhos que me apoiam cada dia neste esforço e ao meu esposo que é meu parceiro na vida e no trabalho. Também ao povo Brasileiro, que me recebeu com amor e é a razão de estar aqui.

Agradecimentos

Agradeço muito a meu professor Pablo Viana Stolz pela ajuda e apoio prestado durante o curso de especialização.

A professora Fernanda que sempre se preocupa e apoia o nosso labor, muito obrigada.

Resumo

GARCIA, Givaldo Nixy. **Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus, na UBS Alberto Lima, Santana-AP** 2015. 117f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), associando-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvos. Já a Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica caracterizada pela alta taxa de glicose no sangue, ocorrendo pela ausência ou deficiência da excreção de insulina. A HAS e DM são doenças muito frequentes em nossa população, pois 7% da população brasileira adoece de DM enquanto a prevalência de HAS no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos. Diante do exposto e da elevada morbimortalidade por DM e HAS presente na nossa área de abrangência, decidimos realizar a nossa intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM, contribuindo para melhorar a qualidade de vida deles, promovendo o cadastramento e ações específicas para os usuários pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Alberto Lima, mediante ações de assistência, promoção e prevenção destas doenças. O trabalho apresentado trata de uma intervenção realizada entre os meses de abril a julho de 2015, na Unidade Básica de Saúde Alberto Lima, do município de Santana do estado do Amapá. Assim iniciamos o levantamento dos dados mediante o monitoramento constante dos usuários, com preenchimento dos prontuários e planilha de coleta de dados disponibilizados pela especialização. No transcurso da intervenção foi possível cadastrar 545 usuários hipertensos e 166 usuários diabéticos, correspondendo respectivamente a 24,5% e 30,2% dos mesmos. Em todos os usuários participantes na intervenção foi realizado o exame clínico apropriado e a estratificação do risco cardiovascular. Todos os hipertensos e diabéticos cadastrados tiveram indicação de exames. Além disso, todos os usuários cadastrados no projeto receberam ações de promoção em saúde através de orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e importância da higiene bucal. É importante destacar que o esforço realizado pela nossa equipe foi reconhecido pelos usuários, que demonstraram satisfação frente à intervenção. Concluindo, posso garantir que as ações desenvolvidas durante a intervenção foram incorporadas à rotina do serviço, melhorando o estado de saúde dos usuários hipertensos e diabéticos e a adesão ao programa, que permite aumentar a qualidade de vida dos mesmos da nossa área de abrangência.

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

Lista de Figuras

Quadro 1	Descrição da população estimada da UBS Alberto Lima, município de Santana, estado do Amapá.	72
Figura 1	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	82
Figura 2	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	83
Figura 3	Gráfico indicativo dos hipertensos com exame clínico em dia de acordo ao protocolo.	84
Figura 4	Gráfico indicativo dos diabéticos com exame clínico ao dia de acordo ao protocolo.	85
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção dos hipertensos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na equipe.	86
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção dos diabéticos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na equipe.	87
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção dos hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia popular/Hiperdia.	87
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção dos diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia popular/Hiperdia	88
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção dos hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	89
Figura 10	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	90
Figura 11	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos a consulta com busca ativa	91
Figura 12	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos faltosos a consulta com busca ativa.	91
Figura 13	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	92
Figura 14	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	93

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
AP	Amapá
APS	Atenção primária de saúde
CAF	Central de atendimento farmacêutico
CAP	Caderno de ações programáticas
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Educação à Distância
EAF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PCCU	Preventivo do câncer de colo de útero
SUS	Sistema único de saúde

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	22
2 Análise Estratégica	24
2.1 Justificativa.....	24
2.2 Objetivos e metas.....	25
2.2.1 Objetivo geral.....	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas	26
2.3 Metodologia.....	28
2.3.1 Detalhamento das ações	28
2.3.2 Indicadores	62
2.3.3 Logística.....	70
2.3.4 Cronograma.....	74
3 Relatório da Intervenção.....	77
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	77
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	82
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	82
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	83
4 Avaliação da intervenção.....	84
4.1 Resultados	84
4.2 Discussão.....	101
5 Relatório da intervenção para gestores	104
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	107
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	110
Referências	113
Anexos	114

Apresentação

Tomando como referência a população e localização estratégica pode-se dizer que Santana foi contemplada. Assim, foi em busca de parcerias com os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal que se encontram vinculados à área de abrangência de nossa UBS que procuramos colocar a importância de nossa presença como reforço pela execução dos serviços de atenção primária, principalmente pela questão deste serviço ser prestado em parceria com o curso de Especialização em Saúde de família e Comunidade da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

Sendo assim, procuramos através da elaboração do projeto de intervenção voltado para qualificação do atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos, intervir na comunidade da UBS Alberto Lima, Santana-AP, através da atualização cadastral dos usuários, busca ativa, educação em saúde, realização de exames, consultas de rastreio e qualificação das atividades. Procuramos adequar nosso atendimento aos princípios propostos pelo SUS como Universalidade, Equidade e Integralidade.

O volume está organizado em sete unidades de trabalho, sequenciais e interligado. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade um do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade dois. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizado ao longo de 12 semanas durante a unidade três do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade quatro. Na quinta e sexta parte, apresentamos o relatório para o gestor de saúde do município Santana e o relatório para a comunidade que foi atendida da nossa área de abrangência. Na sétima e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no

decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

Procuramos abordar de forma analítica e crítica as ações executadas, sempre observando a resposta da comunidade a nossa investida. Entendendo sempre que toda ação pró-melhoria já deve ser encarada como esforço positivo e implantada como rotina para que o sucesso absoluto e o impacto na rede sejam visualizados.

Esperamos que nosso trabalho sirva de exemplo para outras unidades de saúde e de inspiração para nossos gestores, para que os mesmos invistam mais em projetos que visem potencializar os objetivos propostos pelo SUS.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Sou a doutora Nixy Garcia Giraldo, Cubana, e cheguei ao Brasil no mês de novembro de 2013 para participar do Programa de saúde “Mais Médicos”. Fui designada para desenvolver minha prática profissional no município de Santana localizada no estado do Amapá.

Ao chegar a Santana fui lotada na Policlínica Alberto Lima, na equipe número 11 onde me encontro trabalhando desde então. Desde minha chegada recebi uma boa acolhida pelos membros de minha equipe de trabalho com os quais tenho boas relações trabalhistas, baseadas na ética profissional e o respeito mútuo. Com relação à comunidade encontrei boa aceitação dentro da mesma, já que é uma área que estava há mais de 2 anos sem médico. Assim, se manifestam de forma positiva com meu trabalho.

Nossa equipe encontra-se integrada por: uma enfermeira a qual é a chefe da equipe, uma técnica em enfermagem e 6 agentes de saúde. Além disso, temos três áreas descobertas em que não temos agentes comunitários de saúde, sendo uma população total de 5.096 habitantes. Com a chegada de novos médicos no município, minha equipe foi dividida para diminuir a população de nossa área de abrangência para poder melhorar atenção à população.

Nossa unidade básica de saúde (UBS) tem aceitáveis condições estruturais para o trabalho, mas existem poucas salas de consultas médicas que precisamos compartilhar entre todos os médicos que ali trabalham, delas só uma sala de ginecologia e quatro salas para consultas, sendo um total de cinco salas. Atualmente somos cinco equipes de saúde familiar com cinco médicos dos quais quatro têm médicos cubanos. Nossa policlínica realiza vários serviços à população de nossa comunidade como serviço de odontologia, um núcleo de apoio à saúde da família

(NASF) que apoia a nossas equipes de trabalho com psicólogo, nutricionista, preparador físico, reabilitador e que participa de acordo com a programação de ações de saúde que desenvolvemos em nossa comunidade.

Também contamos com a presença de algumas especialidades que favorecem a resolutividade da policlínica como, por exemplo, cardiologia, dermatologia, pediatria, gastroenterologia, cirurgião geral e ortopedia. Todas essas especialidades estão à disposição da população que é remetida a elas, a partir da avaliação realizada pelo clínico geral.

Em minha UBS apresentamos dificuldades com o equipamento das consultas. Existe apenas uma sala de triagem para todas as técnicas de enfermagem, o que aumenta o tempo de espera dos usuários. Não temos estetoscópio de pinar nem glicosímetro e apenas um aparelho “sonar” para nossa equipe. Apresentamos também dificuldades com o abastecimento de medicamentos para as principais afecções que atendemos com anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, anti-inflamatórios e antibióticos para administrar às gestantes fundamentalmente.

Existem dificuldades para a realização de exames já que na UBS só se realiza a coleta e não o processamento dos mesmos e, às vezes, demora a chegar o resultado. Também se está realizando o preventivo ginecológico (PCCU) para todas as mulheres da comunidade e fazemos a prevenção do câncer de colo de útero a cada visita domiciliar ou consulta que realizamos.

Minha equipe de trabalho realiza visitas domiciliares duas vezes na semana e o resto do tempo a médica e a enfermeira realizam consulta, permitindo cumprir com a frequência de atendimento de grávidas e doenças crônicas que são muitas. A proposta para minha equipe é ficar com 816 famílias, 2866 pessoas sendo que 180 com HAS, 50 com Diabetes mellitus, 254 idosos, 14 acamados e 809 adolescentes. Uma vez ao mês realizamos a reunião de equipe, onde participam todos os membros para planejarmos as visitas do próximo mês. Também fazemos avaliação dos casos mais preocupantes da comunidade, assim como da conduta adequada a seguir em alguns deles segundo a situação apresentada.

Na minha comunidade existe dificuldade com o saneamento ambiental devido à existência de zona de pontes onde vive mais de 50% da população. Pela falta de educação sanitária e prevenção de saúde, as principais doenças

apresentadas por minha comunidade são: infecções respiratórias, parasitismo intestinal, infecções urinárias, hipertensão arterial e diabetes mellitus.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Santana localiza-se no sul do estado do Amapá e faz fronteira com os municípios de Macapá, Mazagão e Porto Grande estado do Amapá. De acordo com dados estatísticos do ano de 2013, possui um total de 102.868 habitantes, 50.361 (49,76%) homens e 50.842 (50,24%) mulheres; 97,92% dos habitantes (99.094 pessoas) residem em zona urbana e 2% (2.109), na área rural. Santana foi elevada à categoria de município através do decreto-lei nº 7639 de 17 de dezembro de 1987 (PORTAL DA CIDADANIA, 2015).

O município conta com 10 (UBS) com equipes de saúde da família (ESF), 5 unidades estão sendo reformadas nas quais as equipes se encontram trabalhando em locais provisórios. Segundo informações da secretaria de saúde do município, a UBS Paraíso será a primeira unidade a ser finalizada com previsão para dezembro/2014. Existem quatro Núcleos de Apoio a Saúde da (NASF) que ofertam atenção a todas as UBS. As UBS contam com atendimento especializado de várias especialidades, por exemplo, dermatologista, gastroenterologista, pediatra, obstetrícia, ginecologista, cardiologista, urologista, ortopedista otorrinolaringologista e cirurgião geral. Outros serviços que compõe a rede de saúde do município um hospital geral com pronto socorro e serviço de maternidade, um centro de atenção integral a mulher, uma sala de reabilitação integral, um laboratório municipal que dá cobertura a todas as UBS onde se processam as mostras coletadas em cada UBS, o que é insuficiente para a demanda do atendimento da população.

A UBS Alberto Lima, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) é subordinada à secretaria de saúde do município, assiste a uma população urbana através do programa de saúde da família e de consultas com várias especialidades tais como dermatologista, gastroenterologista, pediatra, cardiologista, urologista, ortopedista otorrinolaringologista e cirurgião geral.

Minha equipe está composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ASC) e um médico clínico geral. As outras quatro ESF contam com médicos, enfermeiras, técnico de enfermagem e ACS; em uma delas faltam três ACS, somente duas ESF tem cirurgião dentista na equipe.

A capacidade de atendimento da UBS Alberto Lima fica aquém da demanda da população, pois as cinco equipes de ESF compartilham o uso dos consultórios, não existe um para a cada equipe, conforme descrito no manual de estrutura física de UBS. Os mesmos estão em bom estado, mas somente têm duas cadeiras (uma para o usuário e uma para o médico), o acompanhante tem que aguardar de pé. As calçadas possuem um bom tamanho e não há tapetes que dificultem o acesso a idosos ou cadeiras de rodas.

Minha UBS estruturalmente tem boas condições estruturais, foi construída para esse fim há aproximadamente 20 anos, possui uma construção de concreto com janelas de cristal, localizadas em uma zona central relacionado à área de abrangência da mesma. A estrutura conta com uma sala de recepção, uma sala de vacinação, três consultórios médicos, um consultório de enfermagem, também chamado de ginecológico, dois consultórios odontológicos, uma sala de triagem, uma sala de procedimentos uma farmácia, uma cozinha e uma direção.

Na UBS também são realizados consultas com especialistas o que gera grande número de atendimentos e exige rodízio dos consultórios, já que não existe um número adequado de salas, conforme descrito no Manual do Ministério da Saúde. Existe somente um consultório com mesa ginecológica na UBS, assim alterna-se o uso, cada equipe tem acesso uma vez por semana por equipe, o que dificulta a coleta do exame. Apenas o consultório da sala de ginecologia tem banheiro, os demais não possuem. Também existe só um banheiro para pessoas em cadeira de rodas o qual é pouco.

Existe sinalização nas portas identificando os consultórios, horários de atendimento e marcação das mesmas. Não existe sinalização dos ambientes que permita a comunicação em Braille, através de figuras, comunicação através de recursos auditivos (sonoros), o que dificulta a orientação aos usuários com incapacidades auditivas, visuais. Existem poucas cadeiras na sala de espera e não há uma sala de reunião para as equipes, sendo que as reuniões ocorrem dentro dos consultórios.

Em relação às atribuições dos profissionais, cumprimos as atividades de mapeamento e territorialização das áreas. Minha área foi dividida com outra equipe garantindo uma população adequada, assim estamos refazendo o mapeamento. Realizamos atendimentos no domicílio e em alguns pontos onde existe bastante população a receber atenção na comunidade, já que na UBS existem poucas salas

de consulta. Assistimos pessoas acamadas devido à avançada idade, impedimento físico ou mental e não podem ir à UBS. Priorizamos em nossas atividades na comunidade, a busca de usuários faltosos e a realização de ações programáticas e grupos. Insistimos na busca de usuários com doenças e agravos de notificação compulsória para evitar o contágio de outras pessoas e o agravamento dos já doentes, como é o caso da tuberculose e doença de Hansen.

Além disso, realizamos o encaminhamento dos usuários com necessidades de atenção especializada e pronto atendimento, utilizando os protocolos de atendimento e o sistema de referência e contra referência. No caso dos usuários atendidos em hospitais ou outras especialidades, fazemos o acompanhamento de sua doença em nossa UBS, facilitando a atenção dos mesmos e ofertando todos os medicamentos e exames que está a nosso alcance.

Na UBS, três equipes realizam reuniões quinzenais e duas mensais, espaços utilizados para a construção de agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, discussão de casos, monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde.

Existem algumas atribuições dos profissionais que não podem ser cumprimentadas em virtude da estrutura da UBS, como por exemplo, poucos consultórios no serviço, o que dificulta o atendimento dos usuários. Como enfrentamento da questão estrutural, planejamos atividades de consulta em locais da própria comunidade como em casas emprestadas pelos donos. Também apresentamos dificuldades quando realizamos encaminhamento dos doentes com necessidades de atenção para outras especialidades, pois não recebemos contra referência com o diagnóstico ou conduta tomada pelo especialista. Diante dessa situação tomamos a decisão de que estes usuários sejam visitados pela equipe para ter conhecimento de sua situação e, às vezes, discutimos esses casos na reunião de equipe. Outras dificuldades referem-se à realização de exames (poucas cotas para a UBS e a demora em receber os resultados) assim como também temos pouca cobertura de medicamentos padronizados. Estas situações foram informadas a secretaria de saúde e aguardamos resposta.

Segundo as estimativas, minha UBS tem uma população de 14.641 pessoas. A distribuição da população da UBS Alberto Lima pode ser verificada no quadro 1. A população da UBS está adequada em relação ao número de equipes, já

que todas as áreas de abrangência estão cobertas, embora ainda faltem três ACS para a totalidade da área de abrangência da UBS.

População (grupo específico)	Número absoluto
Número de crianças menores de 1 ano	183 (98 femininos e 85 masculinos)
Número de crianças menores de 5 anos	621 (316 mulheres e 305 homens)
Número de crianças de 5 a 14 anos	3407 (1721 mulheres e homens 1686)
Número de pessoas de 15 a 59 anos	8952 (4503 mulheres e 4449 homens)
Número de pessoas com 60 anos ou mais	687 (352 mulheres e 335 homens)

Quadro 1: Descrição da população estimada da UBS Alberto Lima, município de Santana, estado do Amapá.

Em relação à atenção à demanda espontânea ainda temos dificuldades no processo do acolhimento na minha UBS, pois não temos um local adequado para fazer a triagem, ele é feito na sala de enfermagem ou sala de procedimentos. O primeiro contato do usuário na unidade é através da recepcionista. Após, as técnicas de enfermagem recebem o mesmo e fazem a classificação de sua situação, não levando em conta a relação da gravidade do usuário com o tempo que devem esperar para ser atendido, o que provoca mal-estar na população em alguns casos. Levando em conta essas dificuldades, fizemos revisão dos critérios de prioridade de atenção a consultas agendadas em relação à demanda espontânea, para garantir que as pessoas com doenças agudas possam ser atendidas pelo médico ou pela enfermeira.

Minha ESF não conta com um cirurgião dentista, o que dificulta o acesso à saúde bucal para a população da nossa área de abrangência. Algumas vagas para o atendimento foram disponibilizadas de outras equipes para resolver as necessidades mais urgentes de nossa população.

Em relação à saúde da criança devo dizer que na minha UBS utiliza-se o protocolo do Ministério da Saúde, mas não existe uma pessoa designada para fazer o controle destas ações programáticas. Além disso, existe um médico clínico geral que realiza somente os atendimentos de puericultura, assim atendo poucas crianças, situação que dificultava a realização deste tipo de atendimento no meu

caso. Salienta-se que algumas mudanças ocorreram no serviço e estamos mudando com esforço, realizando mais ações de promoção de saúde.

No caso das crianças menores de um ano encontramos que na minha UBS deveríamos ter 309 e temos somente 183, representa um indicador de cobertura de 59,22%. No caso de minha ESF, deveríamos ter 61 crianças menores de um ano e temos 45 (73,77%) em acompanhamento. Fazendo uma avaliação destes indicadores posso dizer que ainda se precisa pesquisar mais nossa população, para realizar um cadastramento mais completo da mesma, incluindo as crianças, a fim de melhorar alguns indicadores como, por exemplo, a assistência à primeira consulta antes dos sete dias de nascido e depois continuar a assistência segundo o protocolo do Ministério de Saúde. O mesmo acontece com a vacinação que sabemos que algumas crianças estão com o calendário em atraso conforme preconizado pelo Ministério de Saúde.

Após nossa chegada a UBS, começamos a trabalhar com as gestantes que atendemos para conseguir que suas crianças sejam acompanhadas por nossas equipes na puericultura, explicando para elas a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento destas. Neste grupo populacional desenvolvemos atividades de promoção e prevenção de saúde bucal através das consultas, visitas domiciliares e atividades desenvolvidas na comunidade, embora não contamos com cirurgião dentista na nossa equipe, assim como capacitar os ACS e mães das crianças nestes aspectos.

Fazendo uma avaliação desta situação posso dizer que ainda se precisa aprimorar o cadastro de nossas crianças e melhorar alguns indicadores, como, por exemplo, a assistência a primeira consulta antes dos sete dias de nascimento. Sabemos que o esquema vacinal de algumas crianças está em atraso conforme o Ministério da Saúde. Realizamos ações com as gestantes sobre a necessidade da vacinação, prevenção de acidentes, etc. Também devemos intensificar as visitas domiciliares e interagir mais com as famílias, para garantir que todas as crianças sejam acompanhadas em consultas de puericultura e recebam atenção que precisam pelo nossa equipe de saúde.

Em relação ao pré-natal, em minha UBS utiliza-se o protocolo do atendimento do Ministério de Saúde, mas não existe um registro consolidado destes dados. Cada equipe faz atua de maneira separada, não existe um profissional responsável pelo monitoramento e avaliação das ações programáticas relativas ao

pré-natal. Como aspecto positivo posso dizer que existe boa aceitação da população ao atendimento com nossa equipe de saúde. Atualmente o número de gestantes que atendemos aumentou, onde contamos com 49 gestantes sendo que 18 são de fora de nossa área de abrangência, mas que preferem ser atendidas com nossa equipe. Observo que existe melhora em alguns aspectos como, por exemplo, estão buscando nossos atendimentos no primeiro trimestre de gravidez e são assíduas às consultas programadas. Como aspecto negativo posso destacar que existe demora na realização dos exames indicados nas consultas. Também há dificuldade com a realização do ultrassom obstétrico, pois ele é realizado no centro de atenção a mulher e há poucas cotas para este exame, assim como demora no seu agendamento. Além disso, há demora no recebimento dos resultados dos exames, assim como há instabilidade na oferta de medicamentos como Ácido fólico e Sulfato ferroso na unidade, o que afeta muito a qualidade da atenção e a satisfação da população.

Sobre os indicadores do pré-natal, identificamos que a UBS deveria ter 219 gestantes e temos 126, representando um indicador de cobertura de 57%. No caso de minha equipe, deveríamos ter 43 grávidas em acompanhamento, entretanto, temos 48 (salienta-se que 10 são fora da nossa área de abrangência). Analisando estes indicadores verifica-se que ainda se precisa pesquisar mais em nossa população, a presença de grávidas, além de ser necessário melhorar os indicadores de qualidade do pré-natal, pois apenas 25% delas iniciaram a atenção pré-natal no primeiro trimestre; 71% destas estão com as consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde; 74% foram vacinadas contra hepatite B. Encontramos dificuldade na realização do exame de ultrassom obstétrico em virtude das poucas cotas para a rede pública e muitas delas não têm dinheiro para fazer no setor privado.

Em relação puérperas minha UBS deveria ter avaliadas 309 puérperas nos últimos 4 meses, mas temos somente 67, o que representa 22%. Minha equipe tem 37 puérperas cadastradas de 62 que deveria ter e delas, só se acompanharam em nossa UBS 19, o que representa 29,03%. O atendimento a puérpera encontra-se baixo tanto na nossa UBS como na minha equipe. Avaliando os indicadores antes mencionados, posso dizer que a atenção a puerpério em nossa UBS ainda é deficiente de forma geral, pois temos pouca cobertura de atendimento. Aquelas que chegam a nossa consulta tem registrado o controle e recebem informação sobre

planejamento familiar, aleitamento materno e outros aspectos que se considerem importante. As dificuldades de acompanhamento ocorrem, já que muitas mulheres depois do parto não acham necessário assistir a consulta. Outras não têm o apoio de sua família para chegar até a UBS para receber a atenção no puerpério ou não tem quem cuide dos outros filhos para que ela possa assistir a consulta.

Nesta população conseguimos vagas para o atendimento das grávidas e puérperas com os odontologistas de outras equipes, promovendo ações de promoção e prevenção de saúde para melhorar a saúde bucal.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama existe protocolo de atendimento para essas patologias oferecido pelo Ministério de Saúde. No caso de câncer de mama a situação na minha UBS e no município todo é muito complexa, já que o mamógrafo do estado está quebrado. Assim não se estão fazendo este exame pelo SUS, só as mulheres que podem fazer na rede privada tem acesso a este exame. Não existe registro dessas ações, somente registra-se a realização do preventivo, assim como dos resultados recebidos. Este registro é de boa qualidade, apesar de não existir uma pessoa responsável por controlar as ações programáticas.

A Prevenção do Câncer de Colo de Útero é realiza todos os dias nos dois turnos e feito por enfermeiras. Como aspecto positivo devo assinalar que a população aceita a indicação da realização do citopatológico e temos pessoal qualificado para a coleta da mostra de forma segura. Já como aspecto negativo posso apontar a ausência de mamógrafo e a demora em receber os resultados, que geralmente ocorre depois de um mês, o que contribui na redução, no desejo e na confiança das mulheres para realizar o preventivo. Além disso, temos a cobertura de realização do mesmo abaixo das expectativas do Ministério de Saúde. Realizamos muitas ações de promoção de saúde na própria UBS e na comunidade. Nestas ações participa a equipe de saúde toda, os ACS, técnico de enfermagem, enfermeira e, às vezes, contamos com a participação da equipe do NASF nas ações comunitárias de saúde que ajudam também neste tema.

Sobre a cobertura de Prevenção do Câncer de Colo de Útero na minha UBS a cobertura é de 54% das mulheres, sendo que 15% delas estão com exame em atraso, no entanto, temos poucas amostras insatisfatórias, o que mostra a boa técnica aplicada pelas profissionais.

A UBS realiza atendimentos aos usuários com HAS e/ou DM através dos protocolos do atendimento fornecidos pelo Ministério de Saúde. Não contamos com registro do controle do controle destas ações, no entanto realizamos os atendimentos destas doenças em consultas, visitas domiciliares e ações de saúde na comunidade. A estimativa de hipertensos com mais de 20 anos em residentes na área de atendimento de minha UBS não corresponde com a realidade, pois existe um subregistro de pessoas com estas doenças que ainda não foi identificado pelas ESF. Temos apenas 33% (734) hipertensos identificados de um estimado na nossa população de 2227 pessoas, o que mostra uma baixa cobertura de diagnóstico, acompanhamento e avaliação dos hipertensos.

Avaliando os poucos indicadores disponíveis posso-lhe dizer que são muito deficientes nesse momento na minha unidade, onde 12% dos hipertensos realizaram a avaliação de risco cardiovascular e tem os exames em dia e 79% estão com a consulta atrasada.

A estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área não corresponde com o estimado, pois temos uma cobertura de 52% (283) de um total estimado de 549 pessoas, o que mostra baixa cobertura de diagnóstico e avaliação diabéticos da nossa área de abrangência.

Realizando uma avaliação dos poucos indicadores de qualidade de atenção ao diabético acredito que ainda que seja muito deficiente, pois 27 % dos diabéticos realizaram o exame físico dos pés nos últimos três meses, 11% têm os exames em dia e 79% está com a consulta atrasada.

Temos muitas dificuldades no acompanhamento, registro e atenção às pessoas com estas doenças crônicas. Não contamos com glicosímetro para fazer pesquisa na comunidade. No entanto, nossa equipe está desenvolvendo atividades para tentar melhorar aspectos do processo de trabalho que poderiam contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção destas pessoas, dentro delas: fazer cadastramento dos doentes crônicos que tenham sido diagnosticados em outras unidades de saúde ou que se transfiram para nossa área de abrangência; capacitar os agentes de saúde sobre possíveis complicações, reconhecimento de algumas condições que podem ser avaliadas como de risco de descompensação da doença, desenvolver atividades de promoção e prevenção de saúde nas consultas, visitas domiciliares e em todos os cenários onde nos encontramos também nas

palestras realizadas na UBS envolvendo nestas atividades aos membros da equipe do NASF de nossa UBS.

Também devo dizer que o atendimento da saúde bucal dos usuários com HAS e DM é muito difícil, pois minha equipe não tem odontologista que oferte atenção a eles. Somente se realiza atendimentos nessa população quando se encaminha formalmente e se consegue uma vaga com algum odontologista do outra equipe.

Em relação à saúde da pessoa idosa existe o protocolo de atenção para eles, existe respaldo constitucional a saúde da pessoa idosa o que garante algumas prioridades da atenção para essa faixa etária que são respeitadas na minha UBS, entretanto, não existe um registro ou uma pessoa responsável de controlar as ações programáticas deste grupo. Segundo os dados do CAP, a estimativa de idosos da minha UBS não corresponde com a realidade, pois deveríamos ter 749 e temos 687, o que faz pensar que ainda temos pessoas idosas que não foram identificadas pelas equipes da minha. Estes dados mostram que temos dificuldade com o cadastramento, cobertura, acompanhamento e avaliação dos idosos da nossa área de abrangência. Avaliando os poucos indicadores que encontrei posso-lhe dizer que são muito deficientes, pois não existe a caderneta de atenção à pessoa idosa.

Como aspecto negativo devo dizer que existe dificuldade com os medicamentos que eles precisam, faltam cadernetas de atenção à pessoa idosa, não realizamos a avaliação integral da pessoa idosa, situação que alerta sobre a falta de qualidade no acompanhamento dos idosos na minha unidade Existem dificuldade com o agendamento de consultas para as especialidades que eles precisam, assim como os exames que são solicitados para eles. Existem aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados de forma positiva para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos, envolvendo todos os profissionais no atendimento a pessoa idosa buscando melhorar a qualidade de vida desta faixa etária, como por exemplo, preparador físico, psicólogo nutricionista e outras especialidades no caso que se precise.

Além disso, existem outras atividades que podem ser feitas pelas equipes de saúde como um novo cadastramento das pessoas idosas que recém chegaram aos 60 anos e ainda não estão registrados ou que chegaram a nossa área de abrangência e não está cadastrado. Também devemos capacitar aos agentes de saúde em aspectos importantes da saúde do idoso como prevenção de acidentes do

lar, fundamentalmente as quedas, diminuição da audição e visão, principais causas de morbidade como HAS, DM para prevenir sequelas destas doenças. Devemos desenvolver atividades da promoção e prevenção da saúde nas consultas, visitas domiciliares e em todos os cenários possíveis. Com a saúde bucal desta faixa etária acontece o mesmo das outras faixas etárias, pois somente recebem assistência quando se consegue alguma vaga com os odontologistas de outra equipe.

Os maiores desafios que minha UBS apresenta estão relacionadas ao cumprimento das ações programáticas estabelecidas pelo ministério de saúde, na qualificação do cadastramento de toda a população adstrita a nossa área de abrangência, elevando os indicadores de atendimento e acompanhamento a crianças, grávidas, puérperas, programa de prevenção do câncer de colo de útero e mama, Hiperdia, atenção aos idosos e da saúde bucal para alcançar a total cobertura desta especialidade às cinco equipes de saúde de nossa área.

Em relação aos questionários fiquei surpresa com as baixas coberturas que temos de atendimento as crianças, principalmente a escassa realização da puericultura na unidade, consultas a gestantes e puérperas com baixo acompanhamento, pouca realização de preventivo ginecológico, a inexistente possibilidade de fazer a mamografia pelo SUS para prevenir o câncer de mama e as dificuldades com os medicamentos padronizados para fazer acompanhamento das doenças crônicas e outras patologias.

Depois de aplicação dos questionários algumas coisas já mudaram, por exemplo, reavaliamos as prioridades para o atendimento em consultas, incrementamos as visitas domiciliares e a realização de consultas em alguns cenários da comunidade, aumentamos a relação e os atendimentos em conjunto com o NASF aos usuários de nossa área. Começamos a ofertar consultas de puericultura pelos clínicos das equipes de saúde familiar, aumentamos a realização do exame citopatológico e o acompanhamento dos idosos, hipertensos, diabéticos e melhoramos as relações com as equipes de saúde bucal para obter algumas vagas para os casos prioritários da nossa equipe.

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

Ao realizar um comparativo com a tarefa da segunda semana "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?" eu consegui compreender a grande

importância que representa ter analisado no início a situação da ESF/APS no meu serviço, pois me permitiu comparar quanto conseguimos avançar na melhoria da atenção aos usuários de Hipertensão neste período de tempo. Posso descrever que através destas atividades, consegui conhecer as características particulares da população de abrangência da minha equipe, suas condições de moradia, principais motivos de atendimentos, incidência e prevalência de doenças crônicas, tendo uma visão mais ampla da situação da saúde da população da minha área.

Dentro das mudanças mais significativas posso sinalar a melhora do acolhimento dos usuários e da priorização do atendimento aos hipertensos e diabéticos, realizando uma assistência qualificada, integral e humanizada. Com isto pude avaliar o quanto temos avançado neste período de tempo e o quanto nos falta por fazer para melhorar os indicadores de saúde da população da minha área de abrangência.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do Diabetes Mellitus (DM) tem grande importância na atualidade, pois 7% da população brasileira adoece de DM e enquanto a prevalência de HAS no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (GRAVINA, ROSA, FRANKEN, FREITAS, LIBERMAN et al, 2010) cifras muito alarmantes tendo em conta a grande população do Brasil assim como as consequências negativas que tem o descontrole destas doenças. Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para a aparição dos ataques cardíacos, morte prematuras, acidente vascular cerebral, insuficiência renal entre outras.

O foco da intervenção da HAS e DM envolve uma população com diferentes condições de moradia e nível econômico de vida, pois temos desde urbanizações fechadas com casas de concreto até moradores em zonas de pontes onde tenho grande diversidade, o que faz que o acompanhamento destes usuários seja diferente segundo o nível de intelectual e econômico dos doentes.

Na minha UBS temos identificados com 734 hipertensos com mais de 20 que representa 33% do total de 2227, resultado muito longe da necessidade da população, o que mostra baixa cobertura de diagnóstico, acompanhamento e avaliação dos hipertensos da nossa área de abrangência. Em relação ao número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área têm identificados 283, o que representa 52% do total de 549, segundo estimativas do VIGITEL/2014. Dentro dos indicadores de qualidade dos hipertensos, apresentamos 12,9% com a estratificação do risco cardiovascular por critério clínico, 79% tem atraso na consulta agendada em mais de sete dias e somente 12% tem os exames complementares periódicos em

dia. Já para os diabéticos, nossos indicadores de qualidade demonstram que só 2% dos usuários tem a estratificação do risco cardiovascular por critério clínico, 11% estão com os exames complementares periódicos em dia e 27% com exame físico dos pés nos últimos 3 meses

Assim, avaliando os resultados obtidos no caderno de ações programáticas nossa equipe decidiu fazer a intervenção em Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tendo em conta a grande repercussão que tem estas doenças na população brasileira, além dos baixos níveis de cobertura que existem em nossa UBS. Já estamos implementando algumas atividades como, por exemplo, reunião com as enfermeiras das equipes que não tem médicos, pesquisando usuários portadores destas patologias entre a população de mais de 20 anos de idade, cadastramento dos hipertensos, diabéticos a fim de encontrar os novos na área e aqueles que têm recente diagnóstico e não foram diagnosticados pela nossa equipe de saúde.

As principais dificuldades que apresentamos para este trabalho estão dadas pelas faltas de medicamentos padronizados para hipertensão e diabetes na minha unidade, já que existe muita instabilidade com estes insumos. Além destes, existe poucas vagas para a realização dos exames laboratoriais e a demora em receber os resultados. Esta intervenção pode melhorar a atenção à saúde da população alvo da mesma, qualificando os atendimentos e acompanhamento destes, propiciando modificação no estilo de vida desta população, tentando deter o progresso das doenças e impedir o aparecimento de danos a órgãos importantes como coração, rins e cérebro, a fim de evitar sequelas e complicações que possam aparecer.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus, na UBS Alberto Lima, Santana-AP.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

1. Ampliar a cobertura do Programa de Hiperdia.
2. Melhorar a qualidade da atenção dos Hipertensos e Diabéticos na Unidade de Saúde.
3. Melhorar a adesão dos Hipertensos e Diabéticos ao Programa de Hiperdia.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Incrementar a avaliação de risco dos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência.
6. Promover a saúde dos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência da Unidade de Saúde.

Relativas ao objetivo 1

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 65% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2

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.

Relativas ao objetivo 3

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.

Relativas ao objetivo 4.

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.

Relativas ao objetivo 5.

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.

Relativas ao objetivo 6.

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 usuários hipertensos.

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Alberto Lima, do município de Santana, estado do Amapá-AP. Conforme orientação do curso houve a necessidade do encurtamento da intervenção de 16 para 12 semanas, para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 7 ao calendário estabelecido com a Universidade. Nosso trabalho consiste num projeto de intervenção que vai ser realizado através de estudos, levantamento de dados e desenvolvimento de ações programáticas de assistência, promoção e prevenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade situada no município Santana estado Amapá. O trabalho será realizado com todos os hipertensos e diabéticos de nossa área que possuem 20 ou mais anos.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Os Agentes comunitários de saúde realizaram o novo cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS incluindo os casos novos diagnosticados recentemente e os que não estavam sendo acompanhados na UBS. Definir os hipertensos e diabéticos que estavam sendo acompanhados pelas equipes da unidade que não pertencem à mesma, ou que já

não moram em nossa área de abrangência, e retirá-los do cadastrado até agora. O médico e a enfermeira farão monitoramento semanal do número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Solicitar aos agentes de saúde e enfermeiras da unidade o registro atualizado dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Os cadastros serão realizados pelos ACS na UBS e nas visitas domiciliares.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

Detalhamento: Dialogar com os profissionais da unidade sobre o processo de acolhimento dos hipertensos para melhorara a qualidade do mesmo e garantir as condições mínimas deste processo tão importante. Será definido o local fixo para a triagem e acolhimento.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial

Detalhamento: A enfermagem solicitará à diretora da UBS os equipamentos que forem necessários para realizar a triagem completa dos hipertensos e diabéticos sempre que fora preciso, (balanças, fitas métricas esfigmomanômetros, estetoscópios).

Engajamento público

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

Detalhamento: A equipe realizará palestras na UBS informando a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus. Serão elaboradas propagandas gráficas que informem a população a existência do programa. Estes programas serão divulgados nas visitas comunitárias e ações de saúde feitas na comunidade.

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

Detalhamento: Informar a comunidade nas ações comunitárias, visitas domiciliares e consultas médicas sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente assim como capacitar a os agentes de saúde nestes aspectos para que façam divulgação desta pratica. Esta ação será realizada por todos os profissionais.

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

Detalhamento: Informar a comunidade através de palestras na UBS, consulta médica e visitas domiciliares sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, assim como capacitar os agentes de saúde para que ajudem na divulgação desta situação. Esta ação será realizada por todos os profissionais.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Oferecer informação a população da nossa unidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes aproveitando todos os cenários possíveis já seja na consulta, na comunidade ou na UBS enquanto aguardam ser atendidos. Esta ação será realizada por todos os profissionais das equipes da UBS .

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermagem utilizara a reunião da equipe para ensinar a os agentes de saúde como fazer o correto cadastramento dos hipertensos de sua área de abrangência.

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

Detalhamento: Médico e enfermeira realizarão demonstração da técnica adequada da tomada da pressão arterial ao pessoal da equipe da unidade de saúde e logo avaliar sua realização por parte deles.

Meta 2: Cadastrar 65% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Solicitar as enfermeiras das equipes e os agentes de saúde o novo cadastramento dos diabéticos de sua área de abrangência excluindo os que já não moram na área de UBS, os que faleceram e incluindo os de recente diagnósticos e os que não estavam sendo acompanhados na UBS. O médico e a enfermeira farão monitoramento semanal do número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Solicitar aos agentes de saúde e enfermeiras da unidade o registro atualizado dos diabéticos da área de abrangência e participar com eles nas visitas domiciliares em o cadastramento dos diabéticos dando a conhecer a os agentes de saúde os casos novos que aparecem na consulta para ser incluídos no registro.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Detalhamento: Dialogar com os profissionais da unidade sobre o processo de acolhimento dos hipertensos para melhorara a qualidade do mesmo e garantir as condições mínimas deste processo tão importante. Será definido o local fixo para a triagem e acolhimento.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermagem solicitara a diretora da UBS o glicosímetro para todas as equipes da UBS.

Engajamento público

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

Detalhamento: A equipe realizará palestras na UBS informando a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus. Fazer divulgação da existência do programa mediante propagandas gráficas que informem a população a existência do programa. Informar sobre estes programas nas visitas comunitárias e ações de saúde feitas na comunidade. Esta ação será realizada por todos os profissionais.

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

Detalhamento: A equipe explicará à comunidade nas ações de saúde comunitárias, visitas domiciliares e consultas médicas, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente assim como capacitar a os agentes de saúde nestes aspectos para que façam divulgação desta pratica e posam reagir ante os doentes com necessidades especiais. Esta ação será realizada por todos os profissionais.

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

Detalhamento: A equipe oferecerá informação à comunidade sobre a importância e principais complicações que podem aparecer e diabéticos com pressão sustentada maior que 135/80 mmhg aproveitando todos os cenários possíveis. Esta ação será realizada por todos os profissionais.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: A equipe informará a comunidade mediante palestras na UBS, comunidade, visitas, consultas médicas sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes assim como capacitar aos agentes comunitários de saúde para que eles possam realizar atividades de prevenção e promoção de saúde na comunidade.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: Aproveitar a reunião da equipe para ensinar a os agentes de saúde como fazer o correto cadastramento dos diabéticos de sua área de abrangência. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira.

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

Detalhamento: Ensinar aos membros de equipe como realizar o hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira.

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

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos.

Detalhamento: Realizar uma consulta de qualidade que inclua o anamneses, exame físico completo avaliando a função respiratória, cardiovascular pulsos periféricos pele, assim como nível de consciência e estado neurológico. O médico e a enfermeira farão monitoramento desta ação semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos hipertensos.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde na realização do correto exame clínica do doente garantindo que a técnica de enfermagem faça uma adequada tomada da pressão arterial. O responsável será o médico.

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

Detalhamento: O medico realizara capacitação para a equipe de saúde na reunião mensal sobre o protocolo de atendimento de HAS.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: O medico conveniara com a gestora da UBS a realização das atividades de atualização dos profissionais da UBS.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermagem solicitará ao gestor da unidade a existência dos protocolos atualizados de forma impressa na unidade.

Engajamento público

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

Detalhamento: A equipe de saúde oferecerá informação aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente nas atividades comunitárias, visitas domiciliares consultas palestras oferecidas na UBS enquanto aguardam ser atendidos.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: O médico capacitará e fará demonstração à equipe da técnica de realização do exame físico apropriado.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

Detalhamento: Ofertar consulta de qualidade que inclua anamneses profunda tendo em conta os antecedentes de saúde pessoal e familiares, exame físico completo avaliando a função respiratória, cardiovascular pulsos periféricos pele, extremidades fazendo ênfases no estado dos pés e a sensibilidade dos mesmos. O médico e a enfermeira farão monitoramento desta ação semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

Detalhamento: A enfermagem capacitar à equipe de saúde na realização do correto exame clinica do diabético garantindo que a técnica de enfermagem faça uma adequada tomada da pressão arterial, a glicemia se tiver glicômetro que a enfermagem possa dar continuidade ao tratamento que realiza o diabético.

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

Detalhamento: Esta ação será desenvolvida pela enfermeira e médico da unidade, através de organização da capacitação dos profissionais conforme os protocolos.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: A enfermagem conveniar com a gestora da UBS a realização das atividades de atualização dos profissionais da UBS.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermagem solicitara ao gestor da unidade a existência dos protocolos atualizados de forma impressa na unidade.

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

Detalhamento: A equipe ofertará informação aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de cuidar os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades fazendo ênfases no cuidado dos pés, avaliando periodicamente nas atividades comunitárias, visitas domiciliares consultas médicas e palestras oferecidas na UBS enquanto aguardam ser atendidos.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Capacitar e fazer demonstração à equipe da técnica de realização do exame físico apropriado do diabético fazendo ênfases na avaliação dos pés e a sensibilidade. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Fazer revisão dos hipertensos que tem feitos exames laboratoriais de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde em as consultas e visitas domiciliares. O médico e a enfermeira farão monitoramento desta ação semanalmente.

Ação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Revisar nos prontuários dos hipertensos para conhecer quantos tem exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. O médico e a enfermeira farão monitoramento desta ação semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: O médico e a enfermagem solicitaram os exames complementares segundo o protocolo do atendimento.

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

Detalhamento: A enfermagem solicitar ao gestor municipal incrementar a quantidade de vagas e diminuir o tempo da chegada dos resultados dos exames complementares definidos no protocolo.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: O médico e a enfermagem revisaram os exames que se recebem semanalmente para ajudar com a entrega e avaliação dos mesmos informando aos agentes de saúde dos resultados mais significativos quando seja preciso.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: A equipe aproveitará as palestras e ações de educação em saúde oferecidas na UBS e comunidade para explicar a importância e necessidade de realização de exames complementares.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: A equipe explicará nas consultas e visitas domiciliares a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Realizar capacitação às equipes de saúde que inclua o protocolo adotado na comunidade para a solicitação de exames complementares. O médico e a enfermeira serão responsáveis pela ação.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Revisão dos diabéticos que tem feitos exames laboratoriais de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde nas consultas e visitas domiciliares. O médico e a enfermeira farão monitoramento desta ação semanalmente.

Ação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Supervisar os prontuários dos diabéticos para conhecer quantos tem feitos os exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. O médico e a enfermeira farão monitoramento desta ação semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Solicitar os exames complementares segundo o protocolo do atendimento.

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

Detalhamento: A enfermagem solicitara ao gestor municipal incrementar a quantidade de vagas e diminuir o tempo da chegada dos resultados dos exames complementares definidos no protocolo.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: O medico e a enfermagem revisaram os exames que se recebem semanalmente para ajudar com a entrega e avaliação dos mesmos informando aos agentes de saúde dos resultados mais significativos quando seja preciso.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: A equipe oferecerá informação nas palestras e ações de educação em saúde oferecidas na UBS e comunidade sobre a importância e necessidade de realização de exames complementares.

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

Detalhamento: Aproveitar nas consultas e visitas domiciliares para informar os usuários quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Será realizado por toda a equipe.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Realizar capacitação às equipes de saúde da unidade para informar o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: O medico solicitara ao técnico da farmácia da UBS a listagem atualizada dos medicamentos existentes na farmácia da unidade.

Organização e gestão do serviço

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Supervisar o estoque dos medicamentos existente na UBS avaliando a validade dos mesmos. A responsável será a técnica de enfermagem.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Fazer registro dos medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Os responsáveis serão a enfermeira e a técnica de enfermagem.

Engajamento público

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

Detalhamento: A equipe informará os usuários e familiares e comunidade em geral sobre os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: O medico conveniara com gestor da UBS para realizar atividades de atualização dos profissionais sobre o tratamento com HAS.

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

Detalhamento: A enfermagem Informar os membros de equipe sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia aproveitando as reuniões da equipe.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: O medico solicitara ao técnico da farmácia da UBS a listagem atualizada dos medicamentos existentes na farmácia da unidade.

Organização e gestão do serviço

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Participar da supervisão do estoque dos medicamentos existente na UBS avaliando a validade dos mesmos. A responsável será a técnica de enfermagem.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento :A enfermagem solicitara aos agentes comunitários de saúde atualizar o registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Engajamento público

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

Detalhamento: Fornecer informação aos usuários e comunidade sobre os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Esta ação será realizada por toda a equipe.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento dos diabéticos.

Detalhamento: O medico solicitara ao gestor da UBS a data para realizar atividades de atualização dos profissionais sobre Diabetes Mellitus.

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

Detalhamento: A enfermagem Informar à equipe para que possam orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O medico e a enfermagem realizaram exame bucal nas consultas e visitas domiciliares para determinar as necessidades atendimento odontológicos em 100% dos hipertensos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: Aproveitar nas consultas e atividades comunitárias de saúde e visitas domiciliares para fazer avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos. Solicitar aos agentes de saúde identificar os hipertensos com necessidade de atendimento odontológico.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Solicitar ao gestor da unidade a contratação de um odontologista para cada equipe de saúde o as vagas para o atendimento dos hipertensos com necessidades de atendimento odontológico.

Engajamento público

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

Detalhamento: O medico, enfermeiras e integrantes do NASF Incluíram nas palestras e atividades de promoção e prevenção de saúde feitas na unidade ou na

comunidade o tema da importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: Solicitar a ajuda dos odontologistas da unidade para capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O médico e a enfermagem farão o exame bucal nas consultas e visitas domiciliares para determinar as necessidades de atendimento odontológicos em 100% dos diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos;

Detalhamento: Incluir na rotina das consultas e atividades comunitárias de saúde e visitas domiciliares a avaliação das necessidades de atendimento odontológico dos hipertensos.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Solicitar ao gestor da unidade a assinatura de um odontologista para cada equipe de saúde ou as vagas para o atendimento dos diabéticos com necessidades de atendimento odontológico.

Engajamento público

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

Detalhamento: O médico, enfermeiras e integrantes do NASF Incluíram nas palestras e atividades de promoção e prevenção de saúde feita na unidade e na comunidade sobre o tema da importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: Capacitar à equipe na realização da avaliação das necessidades de atendimento odontológico dos hipertensos. Com ajuda dos odontologistas e técnicos de saúde bucal da unidade.

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.

Detalhamento: Solicitar aos agentes de saúde o agendamento de consultas o visitas domiciliares aos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Habilitar registro para controle assistência das consultas para conhecer o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo. O médico e a enfermeira farão monitoramento desta ação semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Priorizar o agendamento de visitas domiciliares para buscar os faltosos a consulta.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Fixar na visita domiciliar a data da consulta e a prioridade dos hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: Fornecer informação nas visitas e palestras, ações de saúde comunitária da importância de realização das consultas. Esta ação será realizada por todos os profissionais.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: Solicitar aos agentes de saúde o coleta da opinião da comunidade em relação a estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão, e escutar as propostas feitas por eles.

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

Detalhamento: Explicar a os hipertensos a periodicidade preconizada para a realização das consultas assim como aos agentes de saúde para que monitorem junto com o apoio do médico e enfermeira.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão uma capacitação para os ACS sobre orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Ação: Capacitar os ACS sobre o protocolo de HAS fazendo ênfase na periodicidade das consultas.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão uma capacitação para os ACS sobre o protocolo de HAS fazendo ênfase na periodicidade das consultas.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Priorizar o agendamento de consultas aos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada solicitando a ajuda dos ACS. O médico e a enfermeira farão monitoramento desta ação semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Priorizar o agendamento das visitas domiciliares aos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ação: Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Estabelecer na visita domiciliar a data da consulta e a prioridade dos hipertensos provenientes das buscas domiciliares evitando que tenham que ir a unidade a agendar a consulta.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: Informar nas visitas e palestras, ações de saúde comunitária da importância de realização das consultas no controle da Diabetes Mellitus. . Esta ação será realizada por todos os profissionais.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabéticos (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: Realizar coleta da opinião da comunidade em relação a estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes, e escutar as propostas feitas por eles no caso que tenhamos o número excessivo de faltosos.

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

Detalhamento: A enfermagem explicara aos ACS a periodicidade preconizada para a realização das consultas dos diabéticos assim como a doentes e familiares para que ajudem a manter a periodicidade da realização das consultas.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão uma capacitação para os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Ação: Capacitar os ACS sobre o protocolo de Diabetes Mellitus fazendo ênfase na periodicidade das consultas.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão uma capacitação os ACS sobre o protocolo de Diabetes Mellitus fazendo ênfase na periodicidade das consultas.

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

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Criar o registro de hipertensos acompanhados na unidade e manter atualizado.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: A enfermeira cumprimentar as informações solicitadas pelo SIAB.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Realizar o atendimento utilizando a ficha de acompanhamento de forma obrigatória

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Estabelecer data da entrega das informações e revisão dos registros do mês

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: A enfermeira selecionar o profissional responsável pelo monitoramento dos registros na próxima reunião de cada equipe.

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

Detalhamento: Implementar um registro que inclua data de consulta se tem assistido o não, realização e de exames, estratificação de risco e comprometimento de órgãos alvos e estado de compensação da doença ao que tenha acesso todo o equipe de saúde.

Engajamento público

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

Detalhamento: A equipe orientará a comunidade a existência destes registros nas atividades de consulta e visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.

Detalhamento: Realizar capacitação das equipes de saúde no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso aproveitando a reunião mensal dos mesmos. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira.

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

Detalhamento: O médico ensinará as equipes de saúde registro adequadas dos procedimentos clínicos em todas as consultas mediante atividades teórico-práticas.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar a revisão semanal dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde. O médico e a enfermeira farão monitoramento desta ação semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Cumprimentar as informações solicitadas pelo SIAB

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Realizar o atendimento utilizando a ficha de acompanhamento de forma obrigatória

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Estabelecer data da entrega das informações e revisão dos registros do mês

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: A enfermeira selecionara o profissional responsável pelo monitoramento dos registros na próxima reunião de cada equipe.

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

Detalhamento: Implementar registro que inclua data de consulta se tem assistido o não, realização e de exames, estratificação de risco e comprometimento de órgãos alvos e estado de compensação da doença ao que tenha acesso todo o equipe de saúde.

Engajamento público

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

Detalhamento: Explicar à comunidade a existência destes registros nas atividades de consulta e visitas domiciliares e seus direitos a que extem atualizados. Esta ação será realizada por todos os profissionais.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos diabéticos.

Detalhamento: Realizar capacitação das equipes de saúde no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético de forma prática aproveitando a reunião mensal dos mesmos. Os responsáveis serão o médico e enfermeira.

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

Detalhamento: Demonstrar a as equipes de saúde registro adequadas dos procedimentos clínicos em todas as consultas mediante atividades teórico-práticas para eles aprender a fazer o registro adequado dos mesmos. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira.

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

Detalhamento: Realizar em cada consulta seja na unidade ou em visita domiciliar, a estratificação do risco cardiovascular a todo hipertenso atendido.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Estabelecer dentro dos registros um eixo que permita conhecer os hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: Ter identificados os usuários avaliados como de alto risco no cartão de Hiperdia para priorizar seu atendimento.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Definir um número de vagas dentro da agenda para hipertensos o implementar uma consulta só para Hiperdia.

Engajamento público

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

Detalhamento: Explicar aos usuários seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular em cada consulta o visita para garantir sua assistência as consultas segundo protocolo.

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

Detalhamento: O medico, a enfermeiras e os integrantes do NASF realizaram palestras, atividades de promoção e prevenção de saúde na unidade e na comunidade sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis fazendo ênfases na alimentação e pratica de exercício.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: O medico realizara a capacitação da equipe com demonstração do como deve ser feita a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: O medico explicara a equipe sobre a importância do registro desta avaliação.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: O medico informara a equipe sobre os fatores de risco modificáveis e as estratégias para sua modificação aproveitando as reuniões de equipe e as visitas domiciliares.

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

Detalhamento: Fazer em cada consulta, a estratificação do risco cardiovascular aos diabéticos atendidos na unidade.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Fazer controle nos registros que permita conhecer os diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. O médico e a enfermeira farão monitoramento desta ação semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: Identificar os diabéticos avaliados como de alto risco no cartão de Hipertensão para priorizar seu atendimento

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Definir um número de vagas dentro da agenda para hipertensos e implementar uma consulta só para hipertensão.

Engajamento público

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

Detalhamento: Explicar aos diabéticos seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular em cada consulta e visita para garantir sua assistência às consultas agendadas. Esta ação será realizada por todos os profissionais.

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

Detalhamento: O médico, as enfermeiras e os integrantes do NASF realizaram palestras, atividades de promoção e prevenção de saúde na unidade e na comunidade sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis fazendo ênfase na alimentação e prática de exercício.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: Realizar capacitação à equipe sobre a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: Explicar a equipe sobre a importância do registro desta avaliação. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Fornecer informação a equipe sobre os fatores de risco modificáveis e assim como das estratégias que podem ser utilizadas para sua modificação aproveitando as reuniões de equipe e as visitas domiciliares. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira.

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

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: Encaminhar a os hipertensos com o nutricionista do NASF para receber orientações específicas quando seja necessário e monitorizar a orientação recebida por eles e pelos membros de equipe de saúde em relação com estes temas. O médico e a enfermeira farão monitoramento desta ação semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Participar das práticas coletivas sobre alimentação saudável com o acompanhamento do nutricionista quando seja possível

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

Detalhamento: Solicitar à equipe do NASF especialmente o nutricionista a participação em parcerias com as equipes de saúde da unidade.

Engajamento público.

Ação: Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Informar os hipertensos e familiares sobre a importância da alimentação saudável em as atividades comunitárias e nas consultas. Esta ação será realizada por todos os profissionais.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: A nutricionista do NASF Realizar capacitação para a equipe de saúde sobre práticas de alimentação saudável nas visitas, reuniões de equipe.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizar capacitação a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde com ajuda do NASF sempre que seja possível.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento: Encaminhar os hipertensos para a nutricionista do NASF para receber orientações específicas quando seja necessário e monitorizar a orientação recebida por eles ou pelos membros de equipe de saúde em relação com estes temas e verificar no prontuário. O médico e a enfermeira farão monitoramento desta ação semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Participar das práticas coletivas sobre alimentação saudável com o acompanhamento do nutricionista quando seja possível

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

Detalhamento: Solicitar à equipe do NASF especialmente o nutricionista a participação em parcerias com as equipes de saúde da unidade.

Engajamento público

Ação: Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Informar os hipertensos e familiares sobre a importância da alimentação saudável em as atividades comunitárias e nas consultas. Esta ação será realizada por todos os profissionais.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: A nutricionista de o NASF realizar capacitação para a equipe de saúde sobre práticas de alimentação saudável nas visitas, reuniões de equipe.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizar capacitação a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde com ajuda do NASF quando for possível.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Detalhamento: A enfermagem e o médico realizar orientação para atividade física regular aos hipertensos e revisar nos prontuários para conhecer se o resto de equipe realiza esta orientação.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Participar em práticas coletivas para orientação de atividade física e solicitar a participação do preparador físico do NASF quando possível.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver

Detalhamento: Solicitar à equipe do NASF especialmente o preparador físico a participação em parcerias com as equipes de saúde da unidade.

Engajamento público

Ação: Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Informar os hipertensos e familiares sobre a importância da prática de atividade física regular em as atividades comunitárias e nas consultas. Esta ação será realizada por todos os profissionais.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Realizar capacitação para a equipe de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular nas visitas, reuniões de equipe. Os responsáveis serão a enfermeira e o médico.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizar capacitação a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde com ajuda do NASF quando for possível. Os responsáveis serão a enfermeira e o médico.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Detalhamento: Realizar orientação para atividade física regular aos diabéticos e revisar nos prontuários para conhecer se o resto de equipe brinda esta orientação. O médico e a enfermeira farão monitoramento desta ação semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Participar em práticas coletivas para orientação de atividade física e solicitar a participação do preparador físico do NASF quando possível.

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

Detalhamento: Solicitar à equipe do NASF especialmente o preparador físico a participação em parcerias com as equipes de saúde da unidade.

Engajamento público

Ação: Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Informar os diabéticos e familiares sobre a importância da prática de atividade física regular em as atividades comunitárias e nas consultas. Esta ação será realizada por todos os profissionais.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: O médico realizara capacitação à equipe de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular nas reuniões de equipe.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizar capacitação a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde com ajuda do NASF quando possível.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento: Revisar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos nos prontuários para conhecer se o resto de equipe realiza esta orientação.

Organização e gestão do serviço

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: A enfermagem solicitará ao gestor da unidade a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Engajamento público

Ação: Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Explicar a os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Esta ação será realizada por todos os profissionais.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: Fornecer informação à equipe de saúde para o tratamento de usuários tabagistas nas reuniões de equipes e atividades comunitárias. Esta ação será realizada por todos os profissionais.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O medico realizar capacitação a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde com ajuda do psicologista da unidade.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Detalhamento: Revisar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos nos prontuários para conhecer se o resto de equipe realiza esta orientação.

Organização e gestão do serviço

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Solicitar ao gestor da unidade a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Engajamento público

Ação: Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Explicar a os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Esta ação será realizada por todos os profissionais.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: O medico realizar capacitação à equipe para o tratamento de usuários tabagistas nas reuniões de equipe.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizar capacitação a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde com ajuda do psicologista da unidade.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento: Revisar os prontuários e perguntar aos hipertensos sobre o recebimento de orientação sobre higiene bucal. Esta ação será realizada por todos os profissionais.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Definir tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Engajamento público

Ação: Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: A equipe informará os hipertensos e familiares sobre a importância da higiene bucal aproveitando as atividades comunitárias e as consultas.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Realizar capacitação para a equipe de saúde para que possam oferecer orientações de higiene bucal aproveitando as reuniões de equipe. O médico e a enfermeira serão responsáveis pela ação.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento: Revisar os prontuários e perguntar aos diabéticos sobre o recebimento de orientação sobre higiene bucal. Esta ação será realizada por todos os profissionais.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Definir tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Engajamento público

Ação: Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Informar os diabéticos e familiares sobre a importância da higiene bucal aproveitando as atividades comunitárias e as consultas. Esta ação será realizada por todos os profissionais.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Realizar capacitação para a equipe de saúde para que possam oferecer orientações de higiene bucal aproveitando as reuniões de equipe. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Objetivo 1: Cadastrar 65% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 65% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

O objetivo 2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Objetivo 2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Objetivo 2: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

Objetivo 2: Garantir a 100% dos diabéticos 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.

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

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

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

Objetivo 2: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

Objetivo 2: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos 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.

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Objetivo 2: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

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

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

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

Objetivo 2: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

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

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

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

Objetivo 3: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

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

Objetivo 3: Buscar 100% dos diabéticos 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.

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

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

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

Objetivo 4: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Objetivo 4: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Objetivo 5: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

Objetivo 5: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

Objetivo 6: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão e Diabetes vamos adotar o Caderno de Atenção Básica nº 36 (BRASIL, 2013a) o Caderno de Atenção Básica nº 37 (BRASIL, 2013b), documentos do Ministério da Saúde de estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas. Utilizaremos a ficha de espelho e

a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso da UFPEL. Além disso, serão utilizados os prontuários dos hipertensos e diabéticos disponíveis na unidade básica, o livro controle dos ACS e um registro elaborado pela equipe para coletar os dados que precisamos para garantir o desenvolvimento adequado da intervenção e que será entregue a cada enfermeira chefe de equipe que trabalha na minha UBS para ajudar na coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa as ACS realizaram o novo cadastramento dos hipertensos e diabéticos de suas áreas de abrangência para totalizar o universo dos mesmos. As enfermeiras revisarão os registros de atendimento dos hipertensos e diabéticos realizados pelas equipes de saúde.

Será realizado o novo cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS incluindo os casos novos diagnosticados recentemente e os que não estavam sendo acompanhados na UBS. Esta ação será realizada pelos agentes de saúde nas visitas domiciliares que fazem diariamente a os moradores de sua área de abrangência utilizando o livro registro entregando ao cartão de HAS/DM para atualizar o registro de hipertensos e diabéticos da comunidade.

Para a qualificação do acolhimento será realizado reunião com a técnica de enfermagem e o recepcionista da unidade e a participação dos médicos e enfermeiras na primeira segunda-feira do mês a tarde para melhorar a qualidade do mesmo e favorecer o atendimento dos hipertensos e diabéticos e dar acompanhamento neste processo.

Também solicitaremos à diretora da UBS os insumos necessários para a triagem dos hipertensos e diabéticos sempre que for preciso (balanças, fitas métricas esfigmomanômetros, estetoscópios). O médico solicitará ao coordenador da unidade a disponibilidade dos protocolos atualizados de forma impressa na unidade, uma cópia para cada equipe.

Pretendemos realizar palestras semanais na UBS informando a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus. Esta ação será desenvolvida pela médica e equipe de enfermagem 30 minutos antes das consultas da população que se encontra na UBS ou na comunidade.

Elaboraremos folhetos informativos que informem a população a existência do programa. A técnica de enfermagem desenhara as propagandas utilizando as folhas e a impressora da própria UBS.

Em relação aos exames, será solicitado ao gestor municipal incrementar a quantidade de vagas e diminuir o tempo da chegada dos resultados dos exames complementares definidos no protocolo. Nestas ações o médico e a enfermagem vão solicitar aos hipertensos e diabéticos os exames complementares segundo protocolo nas visitas domiciliares e nas consultas.

Quinzenalmente, durante as reuniões de equipe, serão realizadas as capacitações sobre os temas relevantes do projeto de intervenção (cadastramento de hipertensos e diabéticos, verificação da pressão arterial de forma criteriosa, exame clínico).

Revisaremos nos prontuários dos hipertensos para conhecer quantos tem exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. Neste aspecto o médico e a enfermagem vão fazer revisão semanal dos prontuários dos diabéticos e hipertensos que tem feitos o não examinem laboratoriais de acordo com a periodicidade estabelecida no protocolo da unidade utilizando para estes fins os prontuários e o registro de diabéticos e hipertensos criados ao respeito.

O médico e a enfermagem solicitarão diariamente a lista atualizada dos medicamentos existentes na farmácia da unidade de forma escrita para incrementar a prescrição de medicamentos da farmácia da unidade o da farmácia popular a os hipertensos e diabéticos

O agente comunitário de saúde, enfermagem e o médico identificarão os hipertensos e diabéticos com necessidades de atendimento odontológico nas visitas domiciliares, consultas, realizando o exame bucal dos mesmos sempre que fosse possível para priorizar eles no atendimento na UBS segundo possibilidade de vagas e a enfermagem solicitara ao gestor da unidade de saúde a assinatura de um odontologista para cada equipe de saúde como está regulamentado no manual de estrutura da unidade de saúde.

Nas visitas domiciliares, consultas e palestras serão realizadas ações de educação em saúde sobre a importância do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

A enfermeira será a responsável contará com o apoio dos demais profissionais pelo monitoramento semanal dos registros e monitorara o cumprimento das informações no SIAB assim como a entrega no dia 10 de cada mês das informações e a técnica será responsável pela realização do atendimento utilizando

a ficha de acompanhamento de forma obrigatória para o atendimento dos hipertensos e diabéticos.

O médico e a enfermagem encaminharão os hipertensos e diabéticos para o nutricionista do NASF na UBS para receber orientações específicas quando necessário e monitorizar a orientação recebida por eles ou pelos membros de equipe de saúde em relação com estes temas nas consultas de acompanhamento ou nas visitas domiciliares.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Depois de doze semanas de intenso trabalho, concluímos a intervenção e já podemos descrever sobre as facilidade e dificuldades frente às ações realizadas, àquelas que não conseguimos realizar neste momento, sobre a coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores e da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina. Foi um período muito importante, pois nos permitiu levar na prática todas as ações planejadas para o desenvolvimento da intervenção, e não foi nada fácil, pois na minha UBS trabalhamos cinco equipes de saúde e nem todas se esforçaram para me ajudar a cumprimentar as atividades do projeto. O caminho foi longo e difícil mais finalmente concluímos, não com os resultados que gostaríamos, mas sim com a qualidade assistencial necessária para grande parte da população alvo da área de abrangência da UBS, que foram beneficiadas pelas atividades desenvolvidas.

Resumindo posso dizer que quase todas as ações foram desenvolvidas no transcurso da intervenção, ainda que às vezes, não exatamente como havíamos planejado, mas sim o mais fielmente possível ao proposto no projeto. Em muitas ocasiões apresentamos grandes dificuldades, mas também contamos com o apoio da minha equipe e dos outros trabalhadores da unidade que ajudaram a resolver estas dificuldades, facilitando o nosso trabalho. Devo sinalar que além das dificuldades apresentadas na coleta de dados os cinco equipes da UBS participaram da intervenção.

Iniciarei falando sobre as ações de capacitação previstas que foram realizadas nas primeiras semanas da intervenção. As mesmas foram realizadas

integralmente com a participação dos os membros da equipe e do pessoal da UBS que poderiam ajudar na realização da intervenção. Ao início apresentamos algumas dificuldades, pois não dispúnhamos de materiais impressos para a confecção de panfletos informativos. No entanto conseguimos suprir esta dificuldade com conversas ilustrativas, onde exemplificávamos o que queríamos dizer estas atividades. Isto nos permitiu melhorar a qualidade das capacitações, fazendo a população compreender melhor nossas orientações. Também na reunião da equipe falávamos de temas novos para dar continuidade nas capacitações e melhorar os conhecimentos sobre a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Além disso, cada semana apresentava para a enfermeira, a técnica da equipe e os agentes de saúde mais interessados na intervenção, os resultados obtidas nessa semana e planejávamos novas estratégias para envolver as equipes que não estavam participando do projeto e assim atingir a população da área descoberta que existe em nossa UBS.

Desde o início da intervenção foi estabelecido o papel de cada profissional da equipe na intervenção e sobre as atividades das quais eram de suas competências e responsabilidades em relação às mesmas.

O sistema de trabalho da equipe foi organizado em função de melhorar o acolhimento dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus dando prioridades para os mesmos no agendamento e atendimento em consulta, estabelecendo que todo hipertenso ou diabético que procurava atenção, fosse atendido no mesmo dia e com prioridade na ordem de atendimento, para evitar que se desestimulassem e fossem embora sem receber a consulta. Nas atividades de visitas comunitárias também priorizamos a visita dos hipertensos e diabéticos faltosos à consulta ou que não poderiam se deslocar até a UBS por dificuldades físicas.

Também desenvolvemos ações de saúde nos finais de semana nas áreas descobertas, escolas e igrejas de nossa área de abrangência que solicitaram ou se ofereceram para que realizássemos consultas. Participamos em ações de saúde das outras equipes da UBS para conseguir atingir mais hipertensos e diabéticos neste período de tempo, além disso, também apresentamos algumas dificuldades nos dias de chuva que foi quase impossível sair para realizar busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos a consulta.

Minha equipe se esforçou muito para superar as dificuldades e para melhorar o indicador de cobertura até o final da intervenção, mis como sempre falei, um aspecto negativo que impediu de melhorar o desenvolvimento de nosso trabalho foi a pouca participação das outras equipes da nossa UBS, que realmente tiveram uma participação pouco constante e sem aportar muitos hipertensos e diabéticos ao cadastro do projeto. A verdade é que eles quase não apoiaram nosso trabalho, o que dificultou muito o cadastro de hipertensos e diabéticos. Também associada a isto está o fato de termos uma população muito expressiva e o curto período de tempo para desenvolver a intervenção.

No início da intervenção tivemos a reunião com a gestora da UBS que era nova, pois a antiga que já tinha conhecimento do projeto foi trocada de unidade de saúde. Dialoguei com a nova gestora, explicando novamente tudo relativo ao projeto. A mesma ofereceu todo o seu apoio para o desenvolvimento do mesmo, mas foi preciso ter com ela mais de três conversas para conseguir que duas das equipes da UBS repassassem alguns dados para a nossa planilha, pois não estavam interessados em participar.

As atividades na comunidade foram feitas totalmente, pois conseguimos fazer atividade nas igrejas e nas escolas da comunidade com a participação das lideranças que ajudaram de forma positiva na intervenção. Estas ações ajudaram a conseguir o engajamento das atividades na comunidade e ainda hoje continuamos desenvolvendo as mesmas.

Muitas ações foram feitas para garantir o exame clínico coreto dos usuários hipertensos e diabéticos. Realizamos a capacitação dos membros da equipe explicando como realizar com qualidade requerida o mesmo. Durante todo este período de tempo a população foi orientada neste sentido principalmente nos temas referentes aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas que aparecem como complicação da hipertensão e diabetes e sobre a importância de alimentação saudável, de se evitar o tabagismo, de realizarem o exame periódico de pés, pulsos, da aferição da tensão arterial e exames complementares correspondentes segundo sua patologia de base.

Em relação à realização dos exames complementares dos usuários hipertensos e diabéticos, apresentamos grandes dificuldades, pois foi suspensa a coleta de dados na UBS por falta de materiais no laboratório do SUS do município. Quando se restabeleceu o serviço de laboratório, os usuários tinham que chegar até

o laboratório central do município, que fica longe da minha área e muitos não têm condições econômicas ou físicas para chegar até esse lugar, o que ocasionou que muitos tivessem que fazer na rede privada de laboratórios e outros não conseguiram fazer. Desde a primeira consulta explicamos para todos os doentes a importância da realização dos exames e de manter o acompanhamento segundo o protocolo.

Antes de iniciar a intervenção realizamos a atualização do tratamento da Hipertensão e a Diabetes segundo os protocolos do Ministério de Saúde, para os membros da equipe e o pessoal da farmácia da unidade. Nem todos os usuários conseguiram se controlar com os medicamentos disponibilizados na UBS, mas conseguimos mudar muitos deles para os medicamentos padronizados pelo ministério. O triste é que a nossa UBS ficou desabastecida de medicamentos durante quase todo o primeiro semestre do ano, incluindo os medicamentos do Programa Hiperdia, o que dificultou muito o controle dos doentes. Nesses casos indicávamos que comprassem na farmácia popular que fica um pouco longe da área de abrangência, mas é possível chegara até lá e adquirir os remédios a baixos custos ou gratuitamente. No caso da insulina que não a temos na UBS, os usuários a recebem grátis no CAF (centro de Assistência farmacêutica).

Em relação à avaliação das necessidades de atendimento odontológico, apresentamos dificuldades no transcurso da intervenção já que nossa equipe não tem odontologista, logo as cadeiras odontológicas ficaram fora de serviço quase todo o período da intervenção, onde cada médico e enfermeira realizavam a avaliação de necessidade de atenção odontológica e encaminhava para outras UBS para receber a atenção. No entanto, as cadeiras odontológicas foram arrumadas e conseguimos mediante uma conversa com a diretora da nossa unidade, que nossos usuários que precisavam da atenção odontológica, fossem atendidos igualmente pelos demais odontologistas das outras equipes.

Também apresentamos dificuldades com a ficha espelho que não foi possível conseguir em número suficiente, pois na secretaria de saúde se imprimiu algumas mais foram muito poucas, não contemplando todos os usuários. Utilizamos a ficha de acompanhamento como registro e entreguei uma planilha de coleta de dados impressa por mim, a todas as equipes do posto para conseguir os dados deles e assim poder incluir estes hipertensos e diabéticos na intervenção.

Realizamos a estratificação do risco cardiovascular a todos os hipertensos e diabéticos cadastrados na intervenção, pois oferecemos uma capacitação antes do

início da intervenção deste tema e ensinamos a realizá-lo, o que facilitou a ação. Uma vez detectado que o hipertenso ou diabético precisava de avaliação pelo cardiologista, encaminhávamos o mesmo. Por sorte na minha UBS temos cardiologista e assim eles avaliavam os usuários que precisavam. Também tivemos a facilidade que a enfermeira da equipe marcava a consulta com o cardiologista, pois já estava conveniado assim desde o início da intervenção.

Todas as ações de promoção de saúde encaminhadas aos usuários hipertensos e diabéticos foram realizadas com qualidade. Conseguimos o apoio do NASF que realizaram atividades educativas na UBS, às vezes na comunidade e ofertaram atenção individual a todos os usuários que foram encaminhados para eles, por apresentar qualquer sintoma, complicação ou necessidade de orientação, como nos casos de tabagismo, obesidade, hipercolesterolemia diabetes recém-diagnosticada (debut) ou descompensada. A participação destes profissionais foi importante para avaliar e acompanhar nossos hipertensos e diabéticos,

Devo dizer que com relação a gestão municipal, não contamos com muito apoio, somente da coordenação de atenção básica, pois o gestor municipal mudou em três ocasiões e a disponibilidade de recursos da secretaria de saúde esteve limitada, pelo que já foi explicado anteriormente (fichas espelhos). Realizamos reuniões com um destes gestores que se comprometeu a ajudar no desenvolvimento dos projetos principalmente na questão de recursos, mas isso nunca aconteceu. Por isso, diante das dificuldades apresentadas com as fichas espelhos, decidimos entregar a cada equipe uma planilha de coleta de dados para obter a informação necessária e que o registro fosse realizado nos prontuários.

Fico feliz ao poder dizer que este projeto proporcionou a união da minha equipe, onde saímos fortalecidos, mais qualificados do que antes e muito mais comprometidos com a saúde do povo brasileiro, que tanto necessita, e que apesar de não ter todos os recursos necessários disponíveis, muitas vezes conseguimos resolver os problemas e seguir em frente.

Dentro dos resultados mais importantes obtidos por nossas equipes de saúde durante esta intervenção, onde eu acredito que é a de maior relevância, foi que ações desenvolvidas durante este período ficaram como parte da rotina de trabalho da nossa UBS, principalmente a minha equipe que já tem incorporado isto como parte da atenção aos usuários. Assim, continuamos trabalhando no cadastro e acompanhamento de todos os hipertensos e diabéticos que pertencem a nossa

área de abrangência. Além disso, planejamos outras estratégias para conseguir melhores resultados baseadas nos erros e dificuldades que apresentamos nestes três meses de intervenção. Também acreditamos que agora que das cinco equipes de saúde da família da UBS, quatro tem integrantes médicos que estão cursando a especializado em saúde da família, e como parte disso desenvolvem muitas ações de prevenção e promoção de saúde. Assim, conseguiremos nosso objetivo inicial de melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos.

Resumindo eu acredito que todas estas ações de saúde chegaram a minha UBS para ficar, pois através destas conseguimos o maior objetivo proposto de todos, que é de ofertar uma atenção de saúde de qualidade, humanizada e que ajude a melhorar a situação de saúde da população de nossa área de abrangência e de qualquer pessoa que nos necessite.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Dentro das ações previstas e não desenvolvidas nos afetou o fato de não disponibilizarmos a ficha espelho durante a intervenção por falta de recursos materiais, pois não contamos com o apoio dos gestores municipais no transcurso da intervenção. Isto se deve ao fato de que neste período, mudou três vezes o gestor, questão que teve um impacto negativo no desenvolvimento da intervenção.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Desde o início da intervenção apresentamos dificuldades com a coleta de dados, já que não foi possível utilizar a ficha espelho. Assim disponibilizei para cada equipe da policlínica, uma planilha de coleta de dados para que conseguissem me entregar os dados que precisava. Tive muitas dificuldades neste aspecto, pois apesar de solicitar-lhe ajuda em várias ocasiões e mesmo após reunião com a diretora da UBS, somente duas equipes trabalharam adequadamente na intervenção, as outras não colaboraram muito com o desenvolvimento da intervenção, o que provocou que as metas de cobertura não se cumprissem.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações desenvolvidas dentro da intervenção já fazem parte da rotina de trabalho da minha equipe e progressivamente, tem sido adotada pelas outras equipes da unidade, já que com o nosso trabalho, demonstramos que é possível e que tem grande importância o desenvolvimento dessas ações programáticas para elevar a qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos da nossa unidade de saúde.

Baseados nas experiências vividas e os problemas encontrados, temos pensado em desenvolver novas estratégias que permitam dar continuidade à ação programática nos seguintes meses. Temos o grande desafio de incluir de forma permanente, outras equipes nestas ações, pois todos os usuários precisam de atenção de qualidade, e esta é uma forma de conseguir.

Também precisamos encontrar um modo de conseguir que todos os hipertensos e diabéticos tenham acesso à realização gratuita dos exames complementares, segundo protocolo de atendimento, assim como a atenção odontológica e a disponibilidade dos medicamentos na farmácia da UBS.

Somente ofertando estas ações, conseguiremos que todos os hipertensos e diabéticos que pertencem a nossa unidade de saúde sejam realmente beneficiados com uma atenção de saúde integral e de qualidade.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nossa intervenção foi desenvolvida com o objetivo de Melhorar a atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus, na UBS Alberto Lima, Santana-AP. No início da mesma pretendíamos trabalhar apenas com os usuários pertencentes a nossa equipe, mas após descobrimos que deveríamos trabalhar com todos os 2227 hipertensos e 549 diabéticos da UBS. Isto foi muito difícil, pois desde o início não recebemos o apoio das outras equipes, apesar de todo o esforço possível, o que dificultou chegar até às cifras de cobertura estimadas. No entanto, conseguimos no transcurso da intervenção avaliar 615 usuários sendo 545 hipertensos e 166 diabéticos.

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

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos e 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 hipertenso na unidade de saúde.

A quantidade dos usuários hipertensos cadastrados no Programa foi aumentando progressivamente no transcurso da intervenção, mas não foi possível cumprir a meta proposta de 60%. No primeiro mês foram cadastrados 139 hipertensos (6,2%), no segundo mês 330 hipertensos (14,8%) e no último mês conseguimos cadastrar 545 hipertensos, alcançando uma meta de 24,5%.

Nestes resultados a ação mais importante na captação dos usuários hipertensos foi o trabalho contínuo realizado pelos ACS nas comunidades, os quais atualizaram os cadastros dos hipertensos mediante visitas domiciliares procurando eles para consulta e oferecendo acompanhamento com as equipes da UBS. Os

hipertensos que não foram cadastrados e acompanhados nestes três meses serão procurados pelos ACS nas comunidades para incrementar a cobertura nos próximos meses, pois estas ações já estão como parte da rotina de trabalho das equipes. As dificuldades apresentadas que interferiram no resultado desta ação foram à existência de áreas descobertas na UBS que não são atingidas por nenhum ACS e as relacionadas a não participação das outras equipes na coleta de dados, onde somente três equipes participaram regularmente e as outras duas apenas no final da intervenção.

A evolução deste indicador está apresentada na Figura 1.

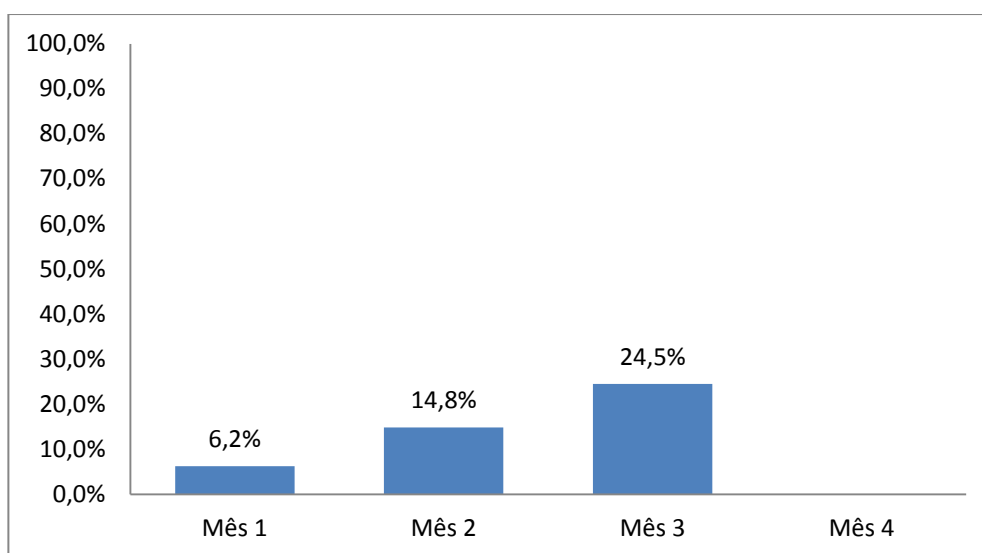


Figura 1 - Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Meta 1.2. Cadastrar 60% 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.

Quanto aos diabéticos posso dizer que durante a realização da intervenção foi aumentando progressivamente a proporção destes cadastrados no programa, mas não atingimos a meta proposta no início da intervenção de 60%, pelos motivos já explicados anteriormente. No primeiro mês foram cadastrados 32 diabéticos

(5,8%), no segundo mês 86 diabéticos (15,7%) e no terceiro e último mês foram cadastrados 166 diabéticos atingindo 30,2% de cobertura.

Nestes resultados foi decisivo o trabalho realizado pelos ACS nas comunidades, fazendo visitas domiciliares a todos os usuários diabéticos para chamá-los para consulta, explicando sobre toda a incidência de complicações e de risco cardiovasculares a que os diabéticos estão expostos, o que contribuiu na preocupação e percepção de risco deste grupo populacional.

A evolução deste indicador está apresentada na Figura 2.

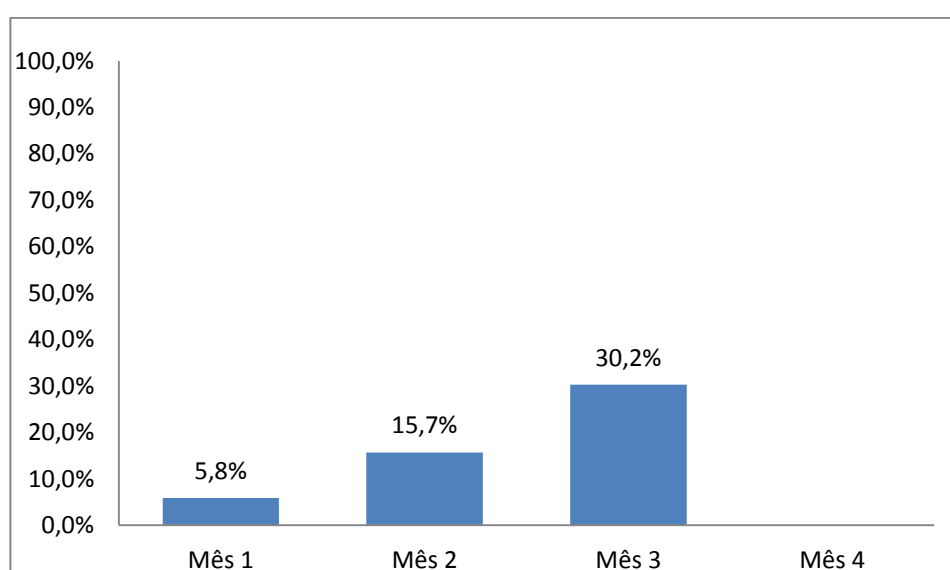


Figura 2 - Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de coleta de dados

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 apropriado de acordo com o protocolo.

Fazendo a análise em quanto à proporção de hipertensos com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, podemos observar que foi se comportando da seguinte forma: no primeiro mês foi realizado o exame clínico a 121 hipertensos (87,1%) do total de hipertensos cadastrados no programa. No segundo mês foi feito o exame a 330 hipertensos, correspondendo a 100% dos usuários cadastrados, mantendo-se igual no terceiro e último com 545 hipertensos com exame clínico apropriado, atingindo a meta proposta no início da intervenção de 100%.

Realizamos muitas ações para cumprir este indicador como as capacitações aos membros da minha equipe e das outras equipes, utilizando os protocolos atualizados do Ministério de Saúde, fazendo ênfase na responsabilidade de cada um deles na realização do mesmo. Também se estabelecemos a prioridade no atendimento dos hipertensos nas consultas e visitas garantindo sua adequada avaliação (Figura 3).

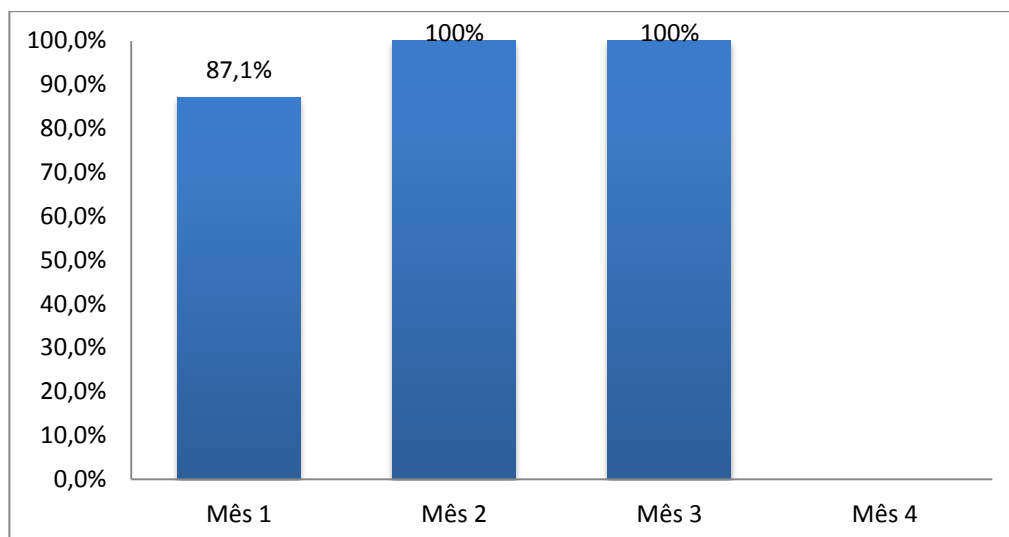


Figura 3 - Gráfico indicativo dos hipertensos com exame clínico em dia de acordo ao protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados

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

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

Analisando a evolução deste indicador observamos que no primeiro mês foi realizado o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo a 28 usuários diabéticos (87,5%), no segundo mês elevamos para 86 diabéticos (100%), e o terceiro finalizou com 166 usuários correspondendo a 100% do total de diabéticos cadastrados.

As mesmas ações realizadas com os hipertensos foram utilizadas para os diabéticos (Figura 4).

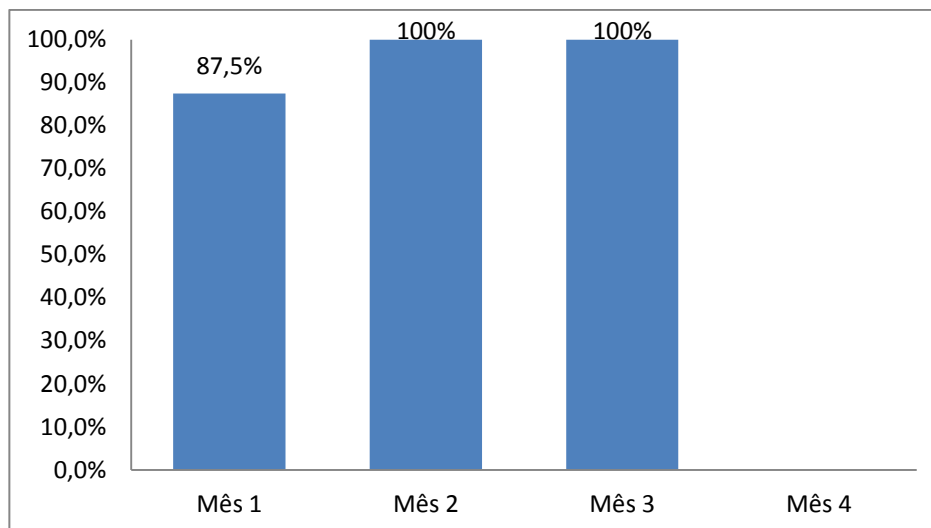


Figura 4 - Gráfico indicativo dos diabéticos com exame clínico ao dia de acordo ao protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados

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.

Em relação aos hipertensos com solicitação de exames complementares de acordo com o protocolo, apresentamos muitas dificuldades, as quais melhoraram um pouco no último mês, pois o laboratório do SUS começou a trabalhar, mas os usuários tinham que chegar até ele, o qual fica um pouco longe da minha área, afetando nossa ação. No primeiro mês foram 74 hipertensos (53,2%), no segundo mês 151 (45,8 %) e no último mês 383 (70,3%). Para cumprir esta meta tínhamos que solicitar os exames complementares a 100% dos hipertensos cadastrados no programa, a qual não foi cumprida por problemas de déficit dos recursos do município (Figura 5).

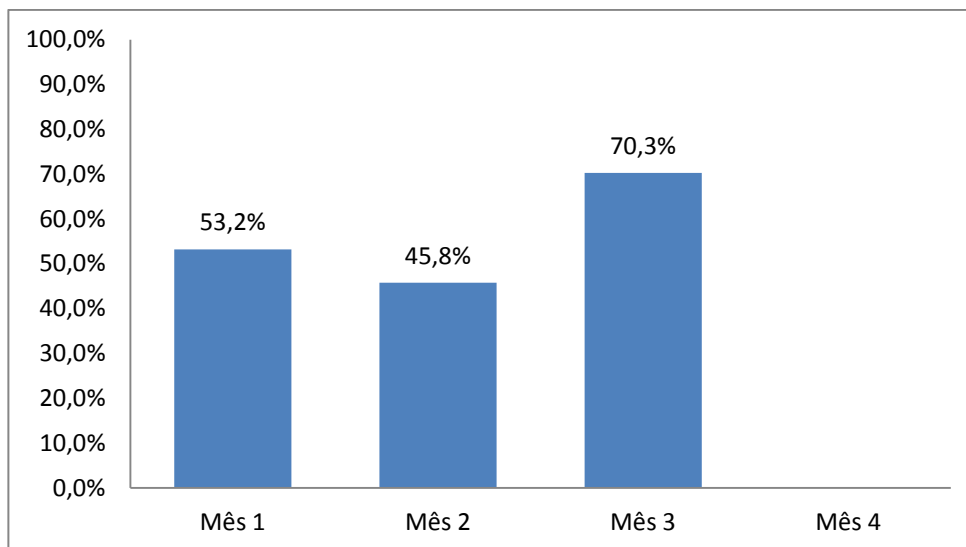


Figura 5 - Gráfico indicativo da proporção dos hipertensos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na equipe.

Fonte: Planilha de coleta de dados

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.

Neste indicador observamos que apresentamos dificuldade devido à falta de recursos em nosso município, citada anteriormente, comportando-se da seguinte forma. O primeiro mês contemplou 22 diabéticos (68,8%), no segundo mês foram 58 (67,4%) e no último mês 137 (82,5%).

O principal fator que afetou o cumprimento do mesmo foi o déficit de recurso materiais do laboratório, não permitindo o cumprimento do mesmo já que minha população é muito carente (Figura 6).

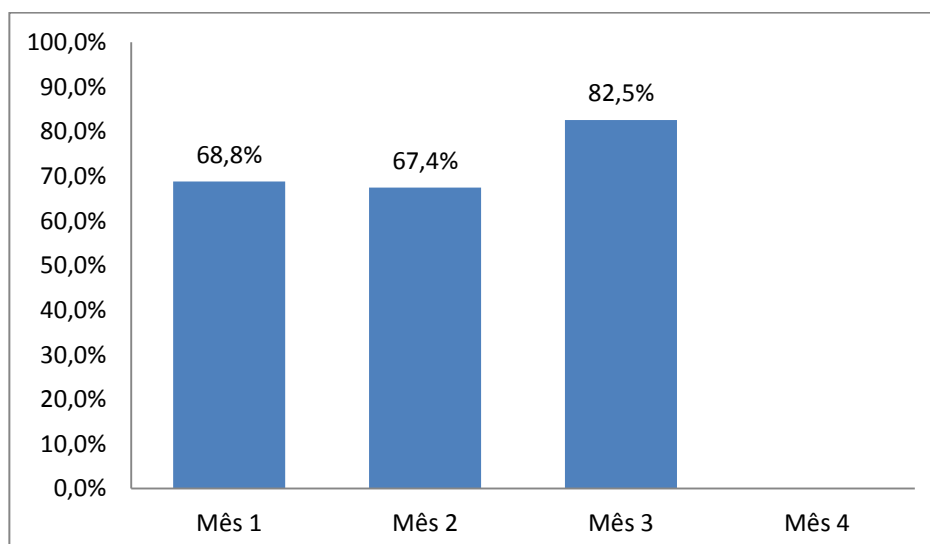


Figura 6 - Gráfico indicativo da proporção dos diabéticos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na equipe.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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.

Em relação aos hipertensos cadastrados no programa que utilizavam medicamentos da farmácia popular no primeiro mês havia 113 (84,3%), no segundo mês 251 (77,7%) e no último mês 424 (78,8%).

Não foi possível trocar o tratamento de todos os hipertensos para os medicamentos que a farmácia da UBS e da farmácia popular disponibilizam, pois já estavam controlados com outros medicamentos, mas todos os hipertensos que não tinham complicações foram beneficiados com a utilização de medicamentos da farmácia popular e da UBS, o que representou uma boa ajuda para eles, pois apesar de que o estoque da UBS não dá conta com todos estes medicamentos, na farmácia popular eles podem obter a um preço muito baixo ou de graça (Figura 7).

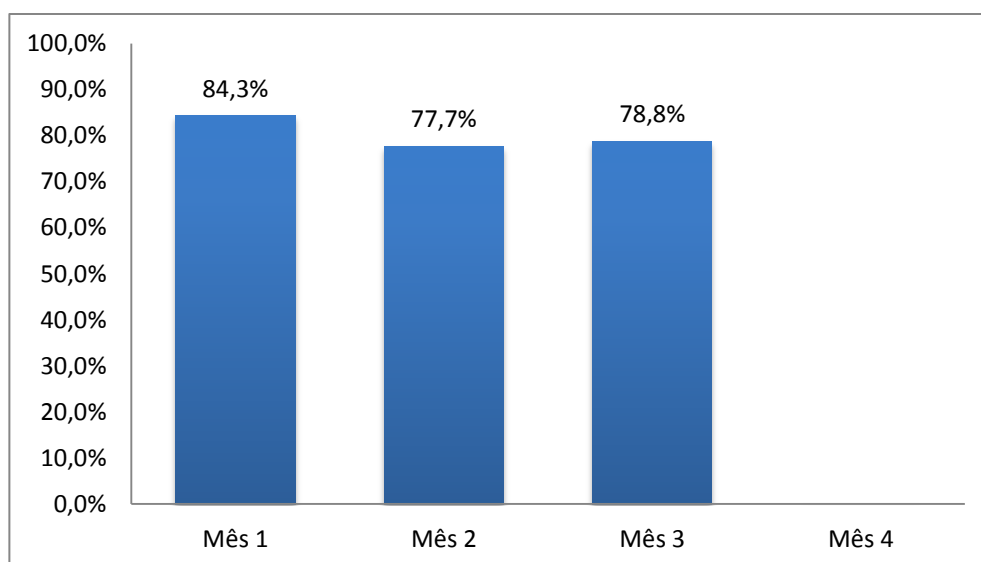


Figura 7 - Gráfico indicativo da proporção dos hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia popular/Hiperdia.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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.

Em relação aos diabéticos cadastrados no programa que utilizavam medicamentos da farmácia popular no primeiro mês havia 28 (90,3%), no segundo mês 76, alcançando 89,4% e no último mês 139 (84,2%) não conseguindo atingir os 100% planejado, pois os diabéticos já se encontravam controlados com hipoglicemiantes que não são da farmácia popular. Isto ocorreu porque antigamente muitos usuários tinham usado estes fármacos da farmácia popular e não conseguiram controlar adequadamente os níveis glicêmicos. Também alguns necessitaram da insulina a qual não tinha na farmácia popular ou na UBS, apenas encontraram a mesma na Central de atendimento farmacêutico (CAF) que nem sempre tem (Figura 8).

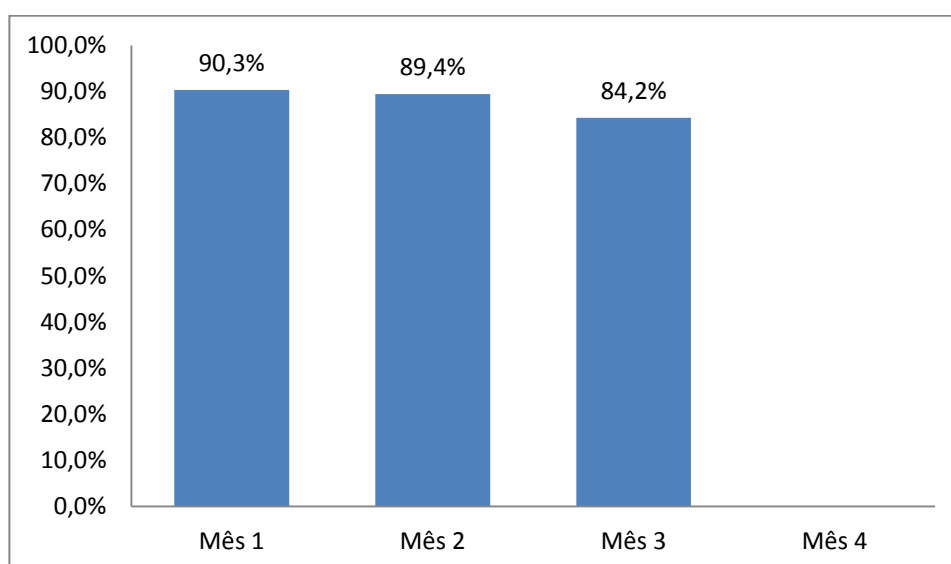


Figura 8 - Gráfico indicativo da proporção dos diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia popular/Hiperdia

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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.

Com relação à avaliação odontológica dos hipertensos, a mesma se comportou da seguinte forma. No primeiro mês avaliamos 134 (96,4%), no segundo mês 319 (96,7%) e no último mês 534 (98%). Neste indicador não foi possível cumprir com 100%, pois nossa em unidade de saúde as cadeiras odontológicas

ficaram fora de serviço durante muito tempo e como solução ao problema, as equipes avaliaram a necessidade de atendimento odontológico e encaminharam para odontologistas de outras ub's, até se resolver a situação com as cadeiras da nossa ub's. Além disto, a minha equipe não conta com o odontólogo, assim nossos hipertensos foram atendidos pelos odontólogos das demais equipes.

Desde o início da intervenção a equipe recebeu as capacitações para realizar a avaliação da saúde bucal dos usuários hipertensos e diabéticos, mesmo com a falta de odontólogo na minha equipe conseguimos ensinar como fazer adequadamente (Figura 9).

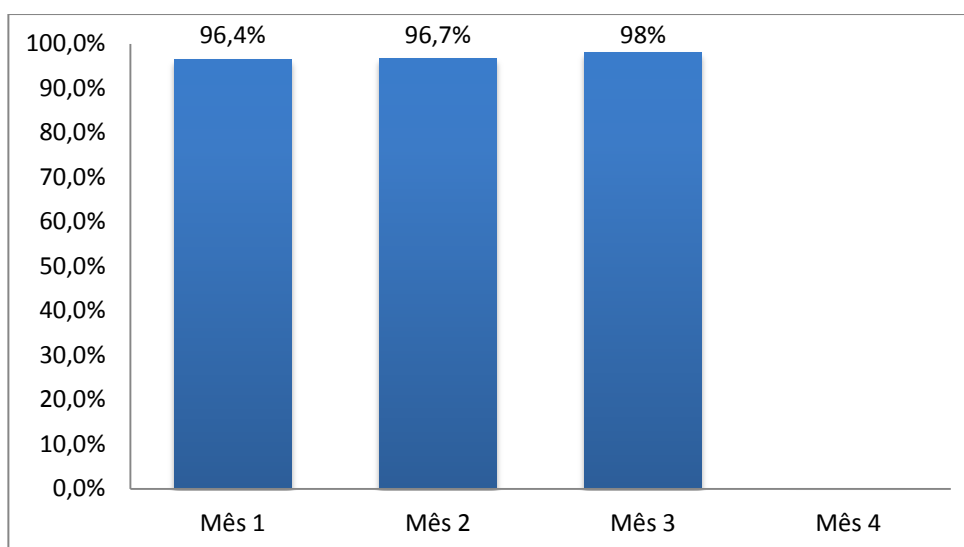


Figura 9 - Gráfico indicativo da proporção dos hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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.

Quanto à proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, tivemos no primeiro mês 31 hipertensos (96,9%) avaliados, no segundo mês 83 (96,5%) e no último mês 163 (98,2%). Aqui apresentamos as mesmas dificuldades já descritas nos hipertensos, mas as equipes de saúde fizeram um grande esforço para conseguir estes resultados.

Desde o início da intervenção a equipe recebeu as capacitações para realizar a avaliação da saúde bucal dos usuários hipertensos e diabéticos, mesmo

com a falta de odontólogo na minha equipe conseguimos ensinar como fazer adequadamente (Figura 10).

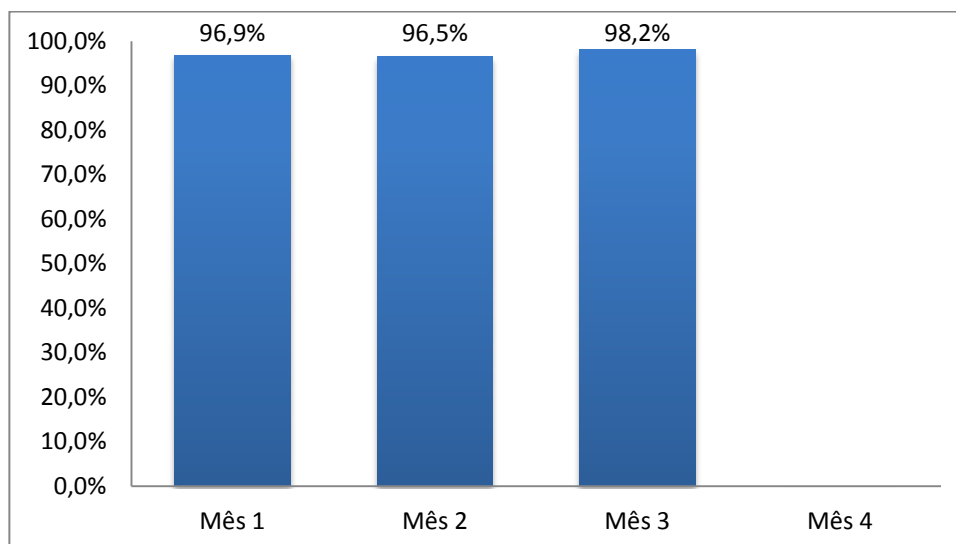


Figura 10 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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.

Com relação à proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa, observamos que no primeiro foram procurados 109 (98,2%), no segundo mês 258 (98,5) e no terceiro mês tivemos 425 (98,8%) faltosos que receberam nossa busca ativa, dificultando um pouco esta busca nas áreas descobertas da UBS.

A ação que mais ajudou na busca dos usuários hipertensos faltosos às consultas de toda a área adstrita da unidade foi o acompanhamento, por parte dos agentes comunitários de saúde, que realizavam busca ativa para alertar os usuários para a consulta e verificar a assistência à mesma (Figura 11).

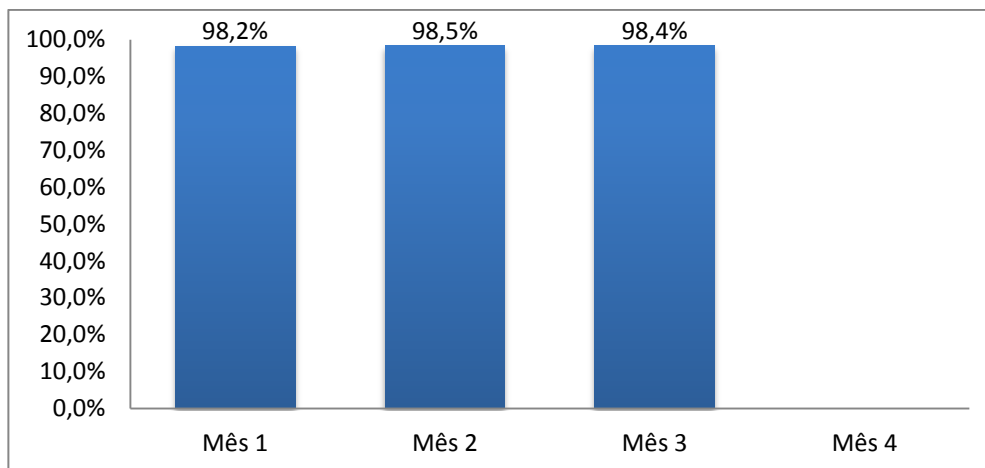


Figura 11 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos a consulta com busca ativa.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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.

Em relação à proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa, observamos que o indicador teve uma oscilação no transcurso da intervenção. No primeiro mês se recuperaram 20 (100%) diabéticos faltosos, no segundo 59 (98,3) e no último mês 121 (98,4%) diabéticos faltosos a consulta.

Para cumprir esta meta contamos com o árduo trabalho feito pelos ACS na comunidade realizando a busca ativa dos usuários diabéticos faltosos chamando todos eles à consulta (Figura12).

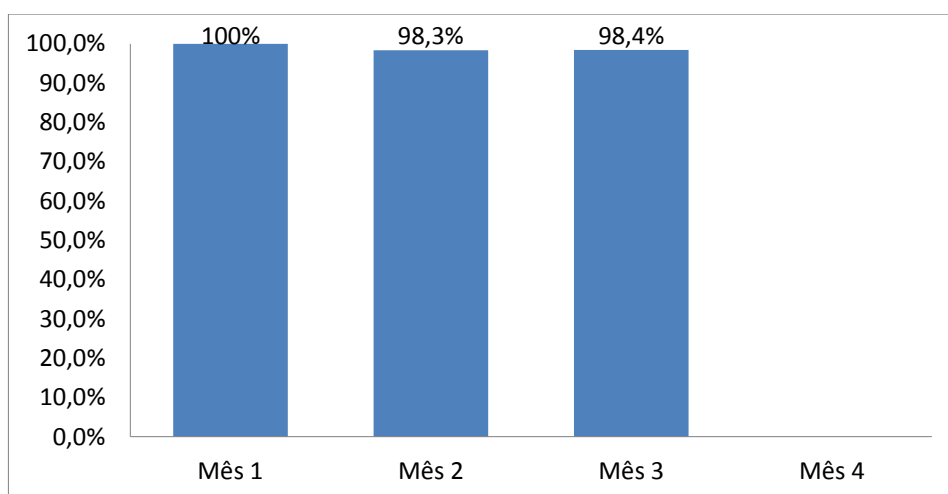


Figura 12 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos faltosos a consulta com busca ativa.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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.

A análise quanto à verificação dos hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, mostrou um crescimento neste indicador do primeiro ao terceiro mês da intervenção. No primeiro mês conseguimos que 136 (97,8%) hipertensos estivessem com os registros adequados na ficha de acompanhamento. Já no segundo 330 (100%) e terceiro mês 545 (100%) alcançamos 100% respectivamente com a ficha de acompanhamento adequadamente preenchida. Para alcançar este indicador contamos com o empenho dos profissionais da equipe (Figura 13).

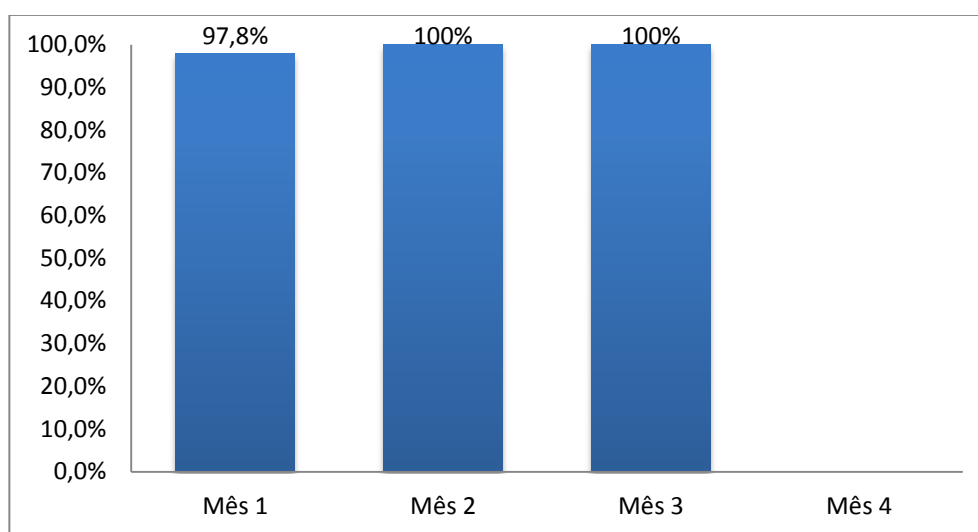


Figura 13- Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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.

A seguir apresentamos na figura 14 a proporção dos usuários diabéticos com registro adequado. No primeiro mês conseguimos registrar 30 (93,8%) diabéticos, no segundo mês 86 (100%) e no terceiro mês alcançamos 166 diabéticos

(100%) com a ficha de acompanhamento adequadamente preenchida. Neste indicador tem influído muito as informações recebidas das outras equipes e das ações de saúde desenvolvidas em áreas descobertas, onde às vezes não contávamos com prontuário para todos os usuários, situação que foi resolvida no segundo mês da intervenção.

Para alcançar este indicador foi importante o empenho mostrado pelos profissionais da equipe, monitorando o cumprimento da ação a cada semana, além das capacitações feitas no início da intervenção com os protocolos atuais (Figura 14).

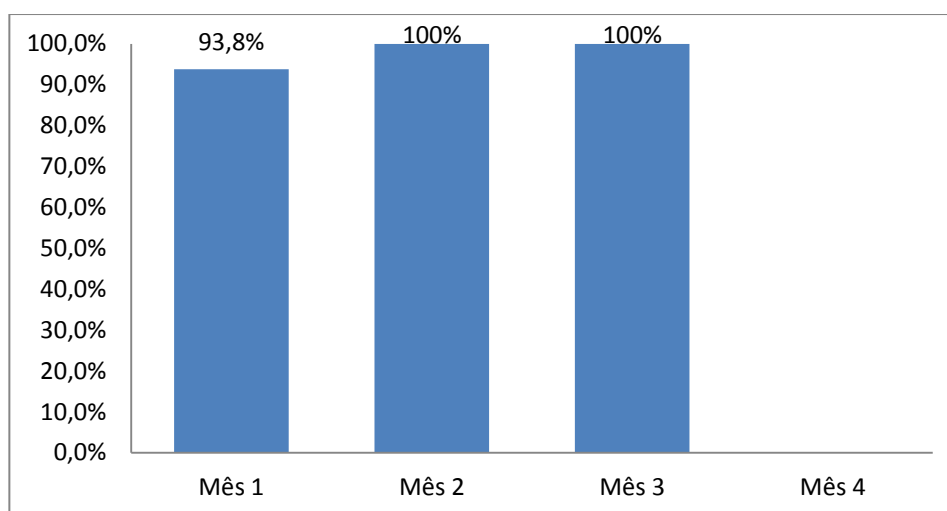


Figura 14- Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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.

Para esta meta obtivemos a avaliação, no primeiro mês, de 139 usuários hipertensos correspondendo a 100%. Já no segundo mês foram 330 (100%) e no terceiro mês foram avaliados 545 (100%) hipertensos. Conseguindo ótimos resultados onde os hipertensos cadastrados na intervenção receberam a avaliação para a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

No cumprimento deste indicador é importante destacar as capacitações feitas no início da intervenção, onde contamos com todos os materiais necessários para capacitar à equipe.

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.

Em relação a este indicador podemos observar que no primeiro mês conseguimos avaliar 32 usuários hipertensos correspondendo a 100%. Já no segundo mês 86 (100%) e no terceiro mês foram avaliados 166 (100%) hipertensos. Conseguindo ótimos resultados nos diabéticos cadastrados na intervenção, onde receberam a avaliação para a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

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.

Em relação à proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, mantivemos o indicador em 100% no transcurso da intervenção. No primeiro mês receberam as orientações sobre alimentação saudável 139 (100%) usuários hipertensos, no segundo mês 330 (100%) usuários e no terceiro mês 545 usuários que representa 100% de usuários hipertensos cadastrados na intervenção.

A meta proposta foi alcançada graças ao empenho dos profissionais da equipe, realizando as orientações nas consultas, nas ações de saúde, nas visitas domiciliares, nas palestras e conversas, mantendo esta ação durante toda a intervenção.

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

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

Também mantivemos 100% dos diabéticos orientados sobre alimentação saudável desde o início da intervenção. No primeiro mês 32 (100%) usuários diabéticos receberam as orientações nutricionais sobre alimentação saudável. No segundo mês foram 86 (100%) usuários que receberam estas orientações e no terceiro mês 166 usuários diabéticos o que representou 100% de diabéticos cadastrados na intervenção.

Foi possível obter este resultado graças ao empenho mostrado por todos os membros da equipe com a ajuda da nutricionista do NASF desde o início da intervenção. Não ficou nenhum usuário diabético sem receber as orientações. As mesmas foram dadas nas consultas, visitas domiciliares, nas ações feitas na comunidade, nas palestras e conversas realizadas no transcurso da intervenção.

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

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

Os resultados foram positivos com relação ao indicador de orientação sobre a prática de atividade física onde todos os hipertensos cadastrados ao longo dos três meses receberam esta orientação cumprindo com a meta proposta de 100% em todos os meses. Receberam esta orientação 139 (100%) hipertensa no primeiro mês, 330 (100%) no segundo mês e 545 (100%) usuários hipertensos no terceiro mês.

Esta meta foi cumprida graças ao trabalho feito pelos profissionais da equipe com a colaboração do educador físico do NASF, que nos ajudou a conseguir esta meta, realizando estas orientações nas consultas, nas visitas domiciliares, nas ações feitas na comunidade e nas palestras e conversas feitas na unidade.

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

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

Igualmente aos usuários hipertensos, também nos diabéticos tivemos resultados positivos quanto à proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física, onde nosso indicador se manteve em 100% ao longo da intervenção. Receberam esta orientação 32 diabéticos (100%) no primeiro mês, 86 (100%) no segundo mês e 166 usuários (100%) diabéticos no terceiro mês da intervenção respectivamente.

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

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

A proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na equipe se manteve em 100% no transcurso da intervenção. No primeiro mês 139 (100%) usuários hipertensos receberam as orientações sobre os riscos de tabagismo, no segundo mês foram 330 (100%) usuários hipertensos que receberam esta orientação e no terceiro mês foram 545 hipertensos o que representa o 100% dos usuários hipertensos cadastrados na intervenção.

Os resultados obtidos neste indicador, alcançando as metas propostas no início da intervenção, foram possíveis graças ao trabalho unido de todos os membros da equipe para garantir que todos os hipertensos recebessem as orientações sobre os riscos de tabagismo. No entanto é importante enfatizar que este ganho só é possível de manter com o trabalho continuado dos médicos, enfermeiras e demais profissionais da saúde, enfrentando todas as dificuldades encontradas no caminho, embora sejam muitas.

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

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

Também neste indicador obtemos resultados positivos mantendo a meta proposta em 100% ao longo da intervenção, onde no primeiro mês 32 (100%) usuários diabéticos receberam as orientações sobre riscos do tabagismo, no segundo mês 86 (100%) e no terceiro mês foram 166 (100%) diabéticos respectivamente.

Esta meta foi cumprida também graças ao trabalho unido da equipe e o esforço mostrado pelos integrantes dela para garantir que o 100% dos usuários diabéticos recebessem estas orientações.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

A análise quanto à proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal, conseguiu-se 100% nos três meses da intervenção. Sendo 139 no primeiro mês (100%) no segundo 330, (100%) e 545 usuários hipertensos terceiro mês respectivamente, representando 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Para cumprir este importante indicador, como em todos os demais, contamos com o trabalho e o empenho dos membros da nossa equipe e com a ajuda dos profissionais da equipe de saúde bucal para garantir que todos os usuários hipertensos recebessem as orientações sobre higiene bucal nas consultas, visitas domiciliares e ações feitas nas igrejas e nas escolas da comunidade.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Neste último indicador também se pode mostrar os resultados positivos, já que a meta foi cumprida do início até o terceiro mês. Recebendo as orientações finalmente 100% dos usuários diabéticos cadastrados na intervenção. O primeiro mês foram 32 (100%), no segundo mês 86 (100%) e no terceiro 166 (100%) diabéticos.

Uma vez mais se evidencia outra meta vencida, já que todos os usuários diabéticos receberam orientação sobre higiene bucal pelo desempenho mostrado pelos profissionais da equipe, nos atendimentos clínicos, visitas domiciliares e em algumas ações de saúde realizadas. Além disso, vale destacar o apoio recebido pelos profissionais da equipe de saúde bucal.

4.2 Discussão

Antes do início da nossa intervenção na UBS Alberto Lima, não existia médico na nossa equipe, e os usuários apenas procuravam o atendimento clínico quando apresentavam alguma queixa. Não existia um acompanhamento integral e contínuo destes usuários, e ações realizadas aos mesmos eram mais paliativas do que preventivas.

Com a intervenção conseguimos a adesão dos hipertensos e diabéticos que na grande maioria não faziam acompanhamento com as equipes de saúde familiar, ofertando-se um maior número de consultas médicas e de enfermagem na UBS, chegando até as áreas descobertas, nos domicílios e nas ações de saúde realizadas na comunidade. O agendamento das consultas foi realizado priorizando os hipertensos e diabéticos e com relação à demanda espontânea, conseguimos realizar o atendimento no mesmo dia, o que possibilitou a aceitação do programa pelos usuários, propiciando uma melhora significativa na qualidade da atenção dos hipertensos e diabéticos. Assim, conseguimos desenvolver uma assistência clínica com ênfase na estratificação do risco cardiovascular, complicações como neuropatia diabética, promoção e prevenção de saúde e a capacitação nos temas propostos como alimentação saudável, higiene bucal e prática de atividade física.

Para o adequado desenvolvimento destas atividades foi preciso fazer capacitação da equipe seguindo os protocolos do Ministério de Saúde relativo ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus. Isto permitiu a parceria no trabalho dos membros da equipe, onde todos foram designados para uma função determinada que na minha equipe fosse cumprimentada corretamente. Com a intervenção o trabalho foi organizado e distribuído para cada integrante da equipe com suas responsabilidades, melhorando o acolhimento dos hipertensos e diabéticos garantindo o atendimento no mesmo dia e a maior qualidade deste.

Conseguimos um grande apoio dos ACS, que se esforçaram muito para conseguir a assistência dos faltosos a consultas, onde muitas vezes agendaram as consultas direito nas casas dos usuários. Também nos solicitavam apoio para desenvolver ações de saúde ou visitas nas áreas onde havia maior necessidade de

atenção. Conseguimos também, realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e muitas vezes da família.

A intervenção também teve impacto em outras áreas do funcionamento da UBS, pois através da qualificação da prática profissional, diversos profissionais como a nutricionista, a psicóloga e o preparador físico, todos estes desenvolveram ações específicas aos hipertensos e diabéticos. Além disto, o setor da farmácia também foi melhorado, pois a mesma conseguiu disponibilizar medicamentos padronizados que anteriormente a intervenção se encontrava em falta. Durante a intervenção, solicitamos estes fármacos e recebemos em número suficiente, melhorando a qualidade da atenção dos hipertensos e diabéticos.

Em relação a na comunidade, a intervenção trouxe grandes benefícios, pois conseguimos cadastrar, diagnosticar e controlar muitos hipertensos e diabéticos que não estavam recebendo atenção. As famílias deles também foram beneficiadas, pois quando fazemos as visitas, atendemos a todos na casa e não somente o hipertenso ou o diabético, o que favoreceu a melhora da saúde de toda a comunidade. Todos se beneficiaram e gostaram das atividades de promoção e prevenção de saúde oferecida na intervenção.

Na realidade a intervenção poderia ter tido melhores resultados se todas as equipes de saúde da família da nossa UBS tivessem participado desde o início e se tivéssemos contado com uma odontóloga na equipe. Além disto, deveríamos ter uma maior quantidade de medicamentos na farmácia da unidade e a oferta da coleta de exames na própria UBS. Não obstante, ganhamos em conhecimentos, trouxemos estratégias que permitiram em grande parte suprir as carências e sobre tudo, mudamos o conceito da comunidade sobre a atividade da equipe de saúde familiar, sobre as possibilidades e resolutividade em relação às doenças crônicas que mais afetam a nossa população. Com a experiência adquirida nesta intervenção, acredito que podemos melhorar ainda mais os indicadores de saúde da população de nossa área de abrangência, ofertando um serviço de saúde de qualidade. Além disso, agora conhecemos mais de perto a realidade da nossa população, como as condições de moradia e os principais problemas destas famílias, podendo trabalhar diretamente para ajudar a solucionar as dificuldades que se encontram ao nosso alcance.

A melhor parte desta intervenção é que as ações desenvolvidas estão incorporadas a rotina do serviço, mas não terminam por aqui. Continuaremos

trabalhando para aumentar a cobertura dos hipertensos e diabéticos já que ainda falta muito por fazer neste sentido. Através da capacitação da equipe de saúde e da comunidade, poderemos conscientizar todos que através da educação em saúde conseguiremos prevenir muitos agravos, evitando que a nossa população adoça por questões que poderiam ser prevenidas.

De agora em diante, pretendemos manter estas ações e incorporar estas às demais equipes de saúde, de forma que toda a população hipertensa e diabética da UBS possa ser beneficiada por estas ações programática que é fundamental para melhorar os indicadores de saúde no Brasil. Além disto, estaremos levando esta experiência para outros programas de saúde como a saúde do idoso, prevenção do câncer de colo de útero e mama que tem resultados muito desfavoráveis em minha UBS, principalmente pela falta de recursos e de conhecimentos das usuárias. Estaremos nos empenhando para conseguir implementar todas as ações pactuadas nas diretrizes do SUS, propiciando uma atenção qualitativa, integral e humanizada para nossa comunidade.

5 Relatório da intervenção para gestores

Sou a médica Nixy Garcia Giraldo, trabalho na UBS Alberto Lima do Município Santana, Estado Amapá, a qual atende uma população de 14641 habitantes de urbana e suburbana, existindo grande diferença e heterogeneidade de recursos econômicos e nível de escolaridade.

Conjuntamente com os integrantes da minha equipe e do apoio limitado das outras equipes da unidade foi realizada uma Intervenção com o objetivo de melhorar a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência. Neste Relatório tratarei de explicar como foi implementada a ação programática durante as doze semanas, proposta pela especialização em saúde da família, através da Universidade Aberta do SUS – UNASUS de Pelotas, para obter o aprimoramento da gestão, organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde e qualificação da prática clínica, resultando em uma avaliação contínua com o monitoramento das ações, alcançando a participação da comunidade.

Depois da realização da análise situacional da UBS Alberto Lima em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos, identificou-se um número estimado dos usuários da área de abrangência. Antes do início da intervenção, tínhamos, segundo a estimativa do VIGITEL, 734 hipertensos que representavam 33% e 238 diabéticos correspondentes a 52%. Assim, decidimos fazer uma ação programática com eles, para assim contribuir no cadastramento e atendimento deste grupo, desenvolvendo diferentes ações planejadas em um cronograma de trabalho.

Durante toda a intervenção foram realizadas as ações planejadas no cronograma, começando pela realização do novo cadastramento dos hipertensos e diabéticos residentes na nossa área de abrangência, ação que não conseguimos a meta de cobertura planejada, pois não contamos com todo o apoio das equipes de saúde da família da UBS, mas os resultados alcançados foram possíveis graças ao

empenho dos profissionais da minha equipe e o apoio de duas equipes. Realizamos o atendimento clínico destes usuários nas consultas na UBS e nas visitas domiciliares, principalmente para aqueles que por questões de saúde, não podiam dirigir-se à UBS. Assim chegamos a 545 hipertensos que representa 24,5% e 166 diabéticos que representa 30,2%. Desenvolvemos ações de saúde na comunidade, igrejas e nas áreas descobertas que pertencem a nossa UBS. O atendimento foi realizado de forma integral, com avaliação do risco para doenças cardiovasculares, solicitação dos exames laboratoriais segundo o protocolo e a prescrição dos medicamentos do programa de HIPERDIA, sempre que possível.

Desenvolvemos atividades educativas em cada uma das ações de saúde ofertadas a nossa população alvo com ótimos resultados e grande aceitação pela população, pois foram informados sobre temas importantes como alimentação saudável e nutrição, uso correto de medicamentos, prática de exercícios físicos, risco do tabagismo e importância da higiene bucal. Contamos com a participação dos integrantes do NASF, que apoiaram nas ações programática através das consultas de psicologia, nutrição, preparador físico, fonoaudióloga. Isto permitiu que todos os participantes (100%) recebessem ações de promoção e prevenção em saúde. Realizou-se ainda, a busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas diariamente, conseguindo que muitos deles procurassem espontaneamente a consulta.

Além dos esforços realizados, apresentamos dificuldades que impediram que algumas ações fossem cumpridas totalmente, como no caso da avaliação das necessidades de atendimento odontológico pela falta de odontólogo na equipe e também devido que as cadeiras odontológicas estiveram fora de serviço quase todo o tempo. No entanto, a equipe recebeu as capacitações para realizar a avaliação da saúde bucal dos usuários hipertensos e diabéticos e mesmo com a falta de odontólogo, conseguimos ensinar como fazer adequadamente.

Ao término da intervenção se constatou que o objetivo inicial proposto de melhorar a atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus foi cumprido, onde conseguimos incorporar nossas ações programáticas nas rotinas diárias da equipe e da UBS, incorporando as mesmas na comunidade através das atividades educativas e de promoção de saúde.

A intervenção teve um impacto positivo na comunidade, pois obtivemos resultados positivos na atenção dos usuários hipertensos e diabéticos e nos seus

familiares, que começa desde a visita domiciliar até um atendimento completo nas consultas. A comunidade se mostra agradecida nas visitas e nas atividades de grupo, procurando as consultas para suas respectivas reavaliações. Ainda temos muitos usuários hipertensos sem cadastro, mas o trabalho continua e pretendemos cadastrar estes usuários que precisam ser atendidos e avaliados.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço da UBS, para isto, pretende-se ampliar nosso trabalho de reordenamento, procurando o apoio das demais ESF para estender a ação programática a toda a área de abrangência da UBS.

Realmente melhoramos a atenção aos hipertensos e diabéticos no nosso serviço. Apesar das dificuldades apresentadas temos um atendimento prioritário para estes usuários de nossa área de abrangência, como também contamos com a disposição dos ACS, dos técnicos de enfermagem, da enfermeira e demais profissionais da UBS para continuar ampliando a cobertura para todos os programas de saúde, tomando este projeto como exemplo.

Chegando ao final da intervenção é muito importante que a gestão da UBS ofereça um pouco mais de apoio ao projeto, pois nem todas as equipes participaram na intervenção. Também nossa equipe não tem odontologista, o que está dificultado muito o atendimento dos hipertensos e diabéticos. Além disto, a disponibilidade de remédios e coleta de exames são outras dificuldades encontradas. Assim necessitamos que a gestão da UBS nos apoie mais para conseguirmos ofertar uma assistência integral aos nossos usuários.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários,

Elaboramos este relatório com o objetivo de demonstrar à comunidade como foi desenvolvida a Intervenção com os usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da UBS Alberto Lima, do Município Santana, do Estado Amapá. A mesma foi desenvolvida pela médica Nixy Garcia Giraldo em conjunto com a equipe de saúde da família correspondente e do apoio em menor grau, das outras equipes de saúde da unidade.

Nossa UBS atende uma população de aproximadamente 14641 habitantes, com uma estimativa de 2227 usuários hipertensos maiores de 20 anos e 549 diabéticos. Segundo estimativas, nossa UBS contava com 734 hipertensos que representavam 33 % e 283 diabéticos (52%) cadastrados. Depois de fazer a análise situacional da UBS Alberto, resolvemos realizar uma ação programática com o objetivo de melhorar a atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus, da nossa área de abrangência, para assim contribuir no cadastramento e atendimento destes usuários. Para tanto foram desenvolvidas diferentes ações planejadas em um cronograma de trabalho, para garantir o atendimento deles.

Os profissionais da equipe de saúde se prepararam para o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos através de capacitações com material do Ministério da Saúde, onde realizaram o monitoramento dos resultados semanalmente. Além disso, organizamos as visitas domiciliares aos usuários e ações de saúde nas igrejas, áreas descobertas e dentro da própria unidade, oferecendo informações sobre alimentação saudável, higiene bucal, prática de exercício físico e sobre complicações mais frequentes destas doenças.

Durante toda a intervenção foram realizadas as ações planejadas no cronograma, começando pela realização do novo cadastramento dos hipertensos e

diabéticos residentes na nossa área de abrangência. O atendimento clínico foi realizado nas consultas e nas visitas domiciliares, incluindo a avaliação de risco de cada usuário, assim como a indicação dos exames laboratoriais e a prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA, sempre que foi possível .

Os profissionais da equipe realizaram ações de saúde com muita dedicação e esforço. Realizamos atividades educativas com temas importantes sobre a alimentação saudável, a importância da prática de atividade física regular, os riscos do tabagismo e a importância da higiene bucal. Também contamos com a colaboração dos profissionais do NASF e a equipe de saúde bucal.

Ao término da intervenção se constatou que o objetivo inicial proposto de melhorar a atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus foi cumprido. A maior vitória desta intervenção foi que conseguimos incorporar nossas ações programáticas a rotina diária da equipe e da UBS e conseguimos incorporar na comunidade, as atividades educativas e de promoção de saúde, oferecendo prioridade para o agendamento de consultas e visitas domiciliar. Além disto, melhoramos a qualidade do acolhimento, realizamos os exames clínicos de acordo ao protocolo do ministério e atendemos a demanda espontânea dos hipertensos e diabéticos que precisaram da mesma. Os resultados obtidos não são os que gostaríamos, mas foi o resultado de 12 semanas de esforço e dedicação de todo o pessoal envolvido, que ajudou na realização desta intervenção. Assim, hoje podemos ofertar uma assistência integral, humana e qualificada para a nossa população e gostaríamos que toda a comunidade participara conosco destas ações e pudéssemos chegar a atingir o 100 % dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da nossa UBS

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Desde o início do curso de especialização em saúde da família gostei muito da ideia de desenvolver uma intervenção que permitisse melhorar a atenção de saúde em alguma das ações programáticas que diariamente realizo. Tinha muitas expectativas sobre a mesma, pois a intervenção iria me permitir adquirir grande quantidade de conhecimentos básicos sobre saúde da família, sobre os protocolos de atenção do Brasil, as características particulares da minha população alvo entre outras. Acreditei que a incorporação de novos conhecimentos, experiências e intercâmbio com profissionais de várias regiões do país, favoreceria muito o desenvolvimento do trabalho, confiando em receber o apoio dos orientadores do curso, para conseguir o objetivo final, pois o desenho do curso estava bem definido, com o projeto pedagógico e suas diretrizes.

Em relação ao curso, estava com muitos desejos de trabalhar, mesmo com as escassas condições materiais para desenvolver o programa de saúde. Foi graças a orientações dos orientadores do curso que consegui superar estas dificuldades, pois a orientação que recebia cada semana relacionadas às tarefas, me ajudou a enfrentar os problemas e desafios que se apresentavam, além de receber o apoio da minha equipe, que foi fundamental para chegar até o fim. Outro ponto que facilitou a realização da especialização foi à disponibilidade de quatro horas semanais para dedicarmos a realizar as tarefas da semana.

Uma grande dificuldade que enfrentamos desde o início foi à conexão com a internet, que não dispomos em nosso domicílio nem na UBS. Mais de uma vez, conversamos com a secretaria de saúde para facilitar a mesma, mas não foi possível. Assim, colocamos a internet por nossa conta para cumprimentar as atividades do curso. A realização dos fóruns estudos de prática clínica foi difícil, pois não tínhamos bibliotecas nem muita literatura impressa para fazer os estudos da

prática clínica. Tudo tinha que ser pela internet, o que precisava do tempo que as vezes não tínhamos, além das dificuldades linguísticas, pois sou de fala hispana e tive que me acostumar ao português, e algumas vezes tive que refazer as tarefas mais de uma vez.

Na UBS encontrei algumas dificuldades na estrutura da mesma, onde conseguimos adequar um pouco. A equipe era nova, pois a enfermeira tinha iniciado um mês antes do que eu, a técnica foi contratada quando eu cheguei. Assim, precisamos ajustar algumas coisas até conseguir que funcionasse como uma verdadeira equipe unida e capacitada nos temas e ações programáticas fundamentais da atenção básica. Assim, através dos conhecimentos adquiridos nas práticas clínicas e nos materiais fornecidos pelo curso, conseguimos ficar fortalecidos. Agora o trabalho está bem organizado, cada profissional conhece as suas responsabilidades, suas competências e desenvolve seu papel nas atividades planejadas, tornando muito mais fácil o trabalho, permitindo levar saúde a um maior número de pessoas.

Posso falar que este curso tem sido muito importante na minha formação, pois me permitiu conhecer inicialmente o programa do Sistema Único de Saúde, que em minha opinião é muito completo com todas as ações e competências definidas, Através disto, conseguimos identificar as deficiências que existiam na nossa UBS, na nossa equipe e as necessidades acumuladas da população da área. Pude compreender a importância de desenvolver uma atenção integral, que possibilita o cumprimento dos princípios de SUS referentes à universalidade, equidade e integralidade dos serviços de saúde, envolvendo a comunidade no cuidado da sua saúde desde o indivíduo até a família. Considero importante destacar a participação da equipe na organização dos serviços de saúde da área de abrangência, e na capacitação e desenvolvimento das ações de promoção e prevenção de saúde, que resultou no aumento da vigilância em saúde, no de controle nas doenças crônicas e na diminuição de enfermidades transmissíveis ajudando no diagnóstico precoce, tratamento adequado e na reabilitação destes usuários. Também este curso foi importante para estreitar as relações com o NASF, que nos ajudou a desenvolver as atividades de promoção de saúde e prestou assistência a todas as pessoas que foram encaminhadas para eles.

Dentro dos aprendizados mais relevantes deste curso posso mencionar o conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde, seus princípios de integralidade,

equidade e universalidade e na realidade como se desenvolvem no dia a dia. Também percebi a grande possibilidade que o Brasil possui para implementá-lo, favorecendo o povo brasileiro que precisa muito do cumprimento deste programa, para obter melhores serviços de qualidade.

Eu sei que ainda temos muito caminho pela frente, que temos muito mais que oferecer em nosso trabalho cada dia, mas tenho a certeza de que com os conhecimentos e experiências adquiridas neste curso, conseguiremos aperfeiçoar o nosso trabalho, influenciando positivamente na nossa equipe e demais trabalhadores de saúde da UBS, para garantir uma atenção à saúde com mais qualidade e humanizada. Assim poderemos finalmente melhorar a qualidade dos serviços de saúde, favorecendo a saúde do povo.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** diabetes mellitus. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf. Portal da Cidadania, Governo do Amapá, descrição do município Santana Disponível em: http://www.amapa.gov.br/pagina.asp?id_pagina=539 Acessado em 21 março de 2015.

Gravina CF, Rosa RF, Franken RA, Freitas EV, Liberman A, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretrizes Brasileiras em Cardiogeriatría. Arq Bras Cardiologia 2010; 95 (3 supl.2): 1-112.

Portal da Cidadania, Governo do Amapá, descrição do município Santana Disponível em: http://www.amapa.gov.br/pagina.asp?id_pagina=539 Acessado em 21 março de 2015.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia 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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																			
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividades físicas regulares?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
4	1																		
5	2																		
6	3																		
7	4																		
8	5																		
9	6																		
10	7																		
11	8																		
12	9																		
13	10																		
14	11																		
15	12																		
16	13																		
17	14																		
18	15																		
19	16																		
20	17																		
21	18																		
22	19																		
23	20																		
24	21																		
25	22																		
26	23																		
27	24																		
28	25																		
29	26																		
30	27																		
31	28																		

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante