

**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 à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Vila São Bernardo, Luis Gomes-RN**

Osmel Alberto Martinez Estupinan

Pelotas, 2015

Osmel Alberto Martinez Estupinan

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Vila São Bernardo, Luis Gomes-RN**

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

E82m Estupinan, Osmel Alberto Martinez

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Vila São Bernardo, Luis Gomes-RN / Osmel Alberto Martinez Estupinan; Pablo Viana Stolz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

92 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

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A Minha família

A meus amigos

A todos aqueles que me ajudaram ao longo
deste caminho, entregando amor e
esperança.

Agradecimentos

Entrego mil amores a UNASUS UFPEL por sua consagração, entrega e dedicação durante o tempo que acompanhou a nossa preparação. Os frutos de conhecimento e sabedoria mostra que somente podem ser obra de uma instituição consagrada, que oferece saberes e preparar o futuro de uma nação de homes e mulheres preparados para obrar milagres na saúde, no bem-estar da população e na prosperidade da Pátria amada, entregando com paixão os melhores anos de nossa vida em obras de amor com o próximo, para levar aos níveis mais altos a saúde do povo Brasileiro.

Resumo

ESTUPINAN, Osmel Alberto Martinez. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Vila São Bernardo, Luis Gomes-RN.** 2015. 90f. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, Ano 2015.

Nas estatísticas de saúde percebe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo por isso considerada um dos maiores problemas de saúde pública. As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidade e geram altos custos econômicos, que aumentam progressivamente com a elevação da pressão arterial e complicações cardiovasculares, sendo a primeira causa de morte no mundo e no Brasil. O controle adequado dos usuários com HAS e/ou DM deve ser uma das prioridades da Atenção Básica, a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e tratamento adequado dessas doenças são essências para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos, resultado de complicações. Este trabalho trata-se de uma intervenção aplicada na melhora da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM pela Equipe do Programa de Saúde da Família 4 (PSF) Da Vila São Bernardo, Luis Gomes. Rio Grande do Norte, realizada entre os meses de abril a junho de 2015. Assim iniciamos o levantamento dos dados mediante o monitoramento constante dos usuários, com o rigoroso preenchimento dos prontuários e planilha de coleta de dados disponibilizados pela especialização. Além disto, utilizamos os cadernos de atenção básica nº 36 (Diabetes mellitus) e nº 37 (Hipertensão Arterial Sistêmica) para qualificarmos. Participaram desta intervenção 188 hipertensos e 32 diabéticos. As ações realizadas incluíram o cadastramento dos usuários no programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, a formação de grupos de educação em saúde, a realização de atividades educativas, visitas domiciliares, orientações sobre atividade física, alimentação saudável, saúde bucal e capacitações da equipe multidisciplinar, contribuindo de forma significativa para melhorar das condições de saúde e vida da comunidade, alcançar um trabalho em equipe integrado, planejado e melhorando a preparação profissional do serviço e da equipe no trabalho em nossa área de abrangência. Ao final da intervenção foram 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados. A equipe está muito mais envolvida com todas as ações realizadas, propiciando um vínculo maior com a comunidade. Assim podemos concluir que o trabalho realizado já foi incorporado à rotina do serviço.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	64
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	65
Figura 3	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	66
Figura 4	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	67
Figura 5	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	70
Figura 6	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	71

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DCV	Doença Cerebral Vascular
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel a Urgências
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	16
2 Análise Estratégica	18
2.1 Justificativa.....	18
2.2 Objetivos e metas.....	19
2.2.1 Objetivo geral.....	19
2.2.2 Objetivos específicos e metas	19
2.3 Metodologia.....	19
2.3.1 Detalhamento das ações	20
2.3.2 Indicadores	47
2.3.3 Logística.....	52
2.3.4 Cronograma	59
3 Relatório da Intervenção.....	62
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	62
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	63
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	63
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	63
4 Avaliação da intervenção.....	65
4.1 Resultados	65
4.2 Discussão.....	76
5 Relatório da intervenção para gestores	79
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	81
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	83
Referências	83
Anexos	86

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade educação à distância (EAD), promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos, da Unidade Básica de Saúde Vila São Bernardo, localizada na zona rural do município de Luis Gomes-RN. O volume está organizado em sete unidades de trabalho, sequenciais e interligadas. 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

Atualmente nossa Equipe de saúde da família (ESF) tem um médico, um odontólogo, uma enfermeira, um técnico em enfermagem, uma secretaria, 5 agentes comunitários de saúde (ACS). O centro de saúde é pequeno, está em ampliação, tem uma recepção pequena, com consulta de odontologia, sala de vacinação, banheiro, consultório médico e uma cozinha.

Nossa área de abrangência tem 1.500 pessoas, onde realizamos o atendimento agendado a lactantes, gestantes, portadores de doenças crônicas não transmissíveis e demanda espontânea na segunda-feira. Na terça-feira o atendimento é feito na zona de difícil acesso, onde são atendidas todas as consultas agendadas para pré-natal lactantes, doenças crônicas, e demanda espontânea. Na quarta-feira realizamos as vistas domiciliares, na quinta-feira realizamos as consultas agendadas para doenças crônicas, gestantes, lactante e atendimento prioritário a urgências ou emergências, com atendimento a demanda espontânea. Na sexta-feira fazemos o curso de especialização em medicina familiar.

Contamos com uma farmácia na secretaria de saúde, que fornece os medicamentos gratuitos, trabalhamos com o núcleo de apoio a saúde da família (NASF) na promoção de saúde com os diabéticos e hipertensos e na prática de exercícios físicos, para promover melhoras na qualidade de vida e hábitos alimentares saudáveis, propiciando interação social da comunidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Luís Gomes, no estado do Rio Grande do Norte, tem uma população de 10.000 habitantes (IBGE, 2010), situado em uma serra, que tem uma altitude de 640 metros. O abastecimento de água da cidade vem de um açude que atualmente somente tem uma quinta parte de água da sua totalidade, sem tratamento de cloração da mesma, além dos poucos poços, onde a água é salgada, não apta para o consumo humano. A economia e a fonte de renda provêm de comércios locais, e a agricultura é feita com métodos antigos e rudimentares, sendo de subsistência. Preocupante é o desmatamento para plantar e vender a madeira para os fornos de tijolos do sertão, contribuindo para aumentar o calor e a falta de chuvas, com um alto impacto na economia local e êxodo populacional para outras cidades. Isto afeta muito a sua flora, a fauna e o ecossistema em geral. Também tem como fonte de renda a criação bovina, equina, suína, avícola, apícola, caprinos e ovinos.

Ademais, o município conta com sete escolas públicas e duas particulares uma Igreja Católica e muitas Evangélicas, contamos com um Banco Bradesco um restaurante, um correio, um museu atrativo turístico e patrimônio cultural da cidade, contamos com um hospital, cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, com ESF, tem um NASF que atualmente não trabalha porque não tem todos os profissionais, não tem disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), nem Serviço Móvel de Atendimento a Urgências (SAMU), nem Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Os medicamentos são fornecidos pela farmácia da secretaria de saúde e uma farmácia popular que entrega medicamentos para os usuários gratuitamente, ademais existem três farmácias particulares.

A UBS da Vila São Bernardo está situada em zona rural, com ESF e tem uma população de 1.766 habitantes. Na localidade existe uma escola de ensino infantil que pela tarde trabalha como creche, onde não temos vínculo de trabalho. Contamos com uma equipe de trabalho formado por um médico, uma enfermeira, um técnico em enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, uma secretária uma auxiliar de limpeza e um motorista, não temos dentista, nem técnico de consultório odontológico. O vínculo de trabalho de nossa unidade com o SUS está baseado na estratégia de trabalho, onde priorizamos todos os usuários do SUS para encaminhar e acompanhar com outras especialidades médicas.

A construção da UBS foi no ano 1976, e atualmente a mesma está em reforma e ampliação, por ser a UBS antiga e pequena, composta por uma recepção com arquivos, sala de espera para oito pessoas, um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala de vacinas, uma cozinha e um banheiro. O sistema de ventilação e circulação de ar é precário, a privacidade e sigilo profissional são limitados, pois as pessoas podem escutar com facilidade as conversas em todas as áreas da UBS. Não obstante, a qualidade da construção é boa, pois ela apresenta o piso com cerâmica de ótima qualidade, o consultório médico e odontológico, cada um deles possui 9 metros quadrados, só a sala de vacina mede 7 metros quadrados, paredes com reboco e gesso, portas e janelas que todas podem ser lavadas com periodicidade sem afetar sua integridade. Tem abastecimento de água e luz em todos os locais da unidade, teto de cimento e telhas que melhoram o conforto do calor para este tipo de construção. Foi projetada sem barreiras arquitetônicas e no centro da localidade, facilitando sua acessibilidade, apta para resistir fenômenos naturais de alta intensidade por seu desenho e segurança.

Nossa equipe não está totalmente completa, pois atualmente não temos odontólogo nem técnico de odontologia. Também não possuímos o conselho local de saúde na UBS e a equipe de NASF

Um mérito dos profissionais da UBS para sua integração da equipe, é que apesar de não contar com todos os membros, e de não trabalhar com todos os programas, já temos construído caminhos para crescer em um trabalho melhor organizado, e dia à dia aperfeiçoaremos o planejamento e participação ativa no monitoramento, avaliação e acompanhamento nos atendimentos de grupos prioritários como são as gestantes, lactantes, hipertensos, diabéticos, idosos, saúde da mulher, visita domiciliar, trabalharemos melhor na promoção e prevenção, abrangendo ao 100% da comunidade, pois hoje já temos resultados em nosso trabalho.

A população adstrita é de 1766 pessoas, predominando o sexo masculino, (894) maior que o sexo feminino, (872) os lactantes são um total de 5, (0,05% da população) o número de crianças é de 263, (14,8% da população) o número de adolescentes é de 346, (19,5% da população) conta também com um total de mulheres em idade fértil 583, (66,8% da população) uma população idosa de 259

usuários, (14,6 % da população) o que faz que seja uma população envelhecida segundo padrões de envelhecimento no Brasil (6%).

Sexo	Faixa Etária (anos)										
	< 1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	60 e +	Total
Masculino		48	30	53	92	94	266	112	73	124	894
Feminino		57	33	42	78	82	266	89	87	135	872
Total		105	63	95	170	176	532	201	160	259	1.766

Figura 1. Perfil demográfico. SIAB - Sistema de Informação de atenção básica. Equipe: 0004 ESF São Bernardo. 2014.

A adequação do tamanho do serviço para o tamanho da área adstrita está adequada, sendo a cifra de 1766 usuários, inferior às normas do Ministério da Saúde, que prevê até 4.000. Nossos cinco ACS têm cadastrado 532 famílias, o que faz que possam atender cada um deles pelo menos a 360 usuários, menos da metade o que prevê o Ministério da Saúde que chega até 750 para cada ACS.

Um ponto positivo que encontramos relativo ao excesso de demanda espontânea é que não temos essa situação na UBS, pois se torna muito fácil lidar com os usuários que precisam de um atendimento de urgência ou emergência, dando acolhimento sempre prioritário na nossa unidade.

O serviço realiza consultas de puericultura com consultas e visita domiciliar pela equipe das crianças, sendo essas programadas e agendadas segundo protocolo do ministério de saúde a 100% das crianças, atualmente fazemos atendimento de 32 lactantes, os quais estão sendo acompanhamento pela equipe.

A enfermeira tem realizado um trabalho ótimo, preenchendo os prontuários e cadernetas das crianças com uma cobertura das mesmas, realizando entrega da Vitamina A e ferro para crianças como é orientado nos protocolos do Ministério da Saúde para as populações do nordeste do Brasil. Realiza as orientações sobre aleitamento materno exclusivo até 6 meses e misto até 2 anos; dieta saudável para

mãe e criança; prevenção de acidentes; avaliação do desenvolvimento psicomotor que pode fazer diagnóstico de patologias ou doenças; vacinação e exames complementares; e orientações às mães sobre as condutas médicas.

Na UBS são atendidas as gestantes com consultas agendadas, segundo protocolo do ministério de saúde, atualmente fazemos acompanhamento a 25 gestantes (100%), e são realizadas visita domiciliar pelo médico, enfermeira e ACS, realização de exames complementares, vacinação, ultrassonografia (USG) obstétrica, entrega de Ácido fólico e ferro, consultas com odontologia e outras especialidades médicas caso necessite e preenchimento de caderneta de gestante.

A captação precoce de todas as puérperas e dos recém-nascidos 25 (100%) delas é garantido com visitas domiciliares, o número varia pela data provável de parto de cada uma das mesmas, sempre é feito no prazo mais curto, o serviço oferece esses cuidado dependendo dos nascimentos que temos em nossa área de abrangência, para realizar o acompanhamento, fazendo uma prevenção de complicações mais frequentes do puerpério, medidas higiênico sanitárias, cuidados do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo, prevenção de acidentes mais frequentes com o recém-nascido, técnicas de amamentação adequada, higiene do umbigo, banho diário, banho de sol, acompanhamento da puérpera com exame físico em sua morada, avaliações de loquios, involução do útero, feridas, mamilo invertido ou outra patologia que possa interferir na adequada amamentação do recém-nascido. Além destas, também realizamos os cuidados de feridas cirúrgicas, cuidados e avaliação diária, revisão do correto preenchimento da caderneta, vacinação das crianças, acompanhando as nas consultas que são oferecidas pelo serviço na UBS. A qualidade do atendimento é muito boa assim como o planejamento, monitoramento, registros, atividades de educação e participação da equipe de saúde.

Ações na prevenção e atenção do câncer de colo de útero e câncer de mama é uma estratégia na saúde da família das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos, preconizada pelo ministério da saúde, sendo realizados os atendimentos planejados a 451 mulheres moradoras em nossa área de abrangência, segundo protocolo de atendimento do ministério da saúde. O mesmo é feito pelo médico, enfermeira, técnico de enfermagem e ACS da equipe, registrados todos nos prontuários, mostrando as pessoas muito interesse na realização desses exames, sendo eles agendados todos os anos tanto para citopatológico como para USG

mamária, e as mamografias, sendo ótima a participação da equipe no planejamento, monitoramento e atividades de promoção de saúde e participando da equipe. Atualmente tem citopatológico realizado 371 usuárias para uma cobertura de 82,2% e de 321 usuárias dentre 45 – 64 anos tem realizado 215 mamografias que representa 66,9% dos exames realizados.

As patologias mais frequentes em nossa comunidade são hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Segundo o CAP, possuímos uma população de 180 hipertensos e 25 usuários com diabetes mellitus. No entanto, os registros destes não existem, ou estão incompletos. O atendimento é planejado, segundo o protocolo do ministério da saúde. Todo atendimento dos usuários é agendado pela equipe, com avaliação, controle da doença, realização de exames e avaliação de riscos para obter uma avaliação integral prevenindo complicações frequentes, garantindo uma adequada compensação da doença de base, essencial para oferecer melhores expectativas de vida, no prognóstico e evolução das doenças, integrando os usuários em grupos para à educação continua. Além disto, devemos oferecer palestras, atividades de lazer, realização de atividades físicas regulares, orientação de hábitos alimentares saudáveis, estilos de vida saudável, vacinação, preenchimento dos prontuários e cadernetas, encaminhamento para tratamento e avaliação por outras especialidades médicas ou odontólogos e um acompanhamento constante a eles.

A maioria de nossos 259 idosos os quais representam 14,6% da população da área de abrangência, que por uma ou outra doença não possa assistir a nossa consulta é realizada visita domiciliar. Fazemos uma avaliação integral deles, de forma planejada pelo médico, enfermeira e pela equipe, segundo protocolo do ministério da saúde, preenchendo a caderneta de idoso, prontuário médico a todos os idosos, para realização de exames laboratoriais, vacinação, monitoramento de tratamentos, fazemos revisão e procura de usuários faltosos, ou com outras condições de saúde, e encaminhamos a eles ao serviço e outras especialidades médicas caso necessite.

Apresentamos uma deficiente integração do idoso na realização de atividades físicas, algo importante nessa idade. Realizamos palestras e falamos sobre o envelhecimento e como ter uma vida mais saudável, apoiando e acompanhando eles.

Os maiores desafios que têm a UBS é a conclusão da estrutura física da nova UBS a fim de melhorar a privacidade, acessibilidade e acolhimento de um maior número de pessoas na UBS, ofertando maior conforto na realização de consultas, melhorando as condições de trabalho da enfermeira que não tem consultório, garantindo um melhor planejamento e condições de trabalho para efetuar atividades e reuniões da equipe.

Tentaremos de maneira consciente e esmerada, preparar nossa equipe para realizar trabalho planejado, na identificação, previsão de doenças, identificação de risco, fazer promoção, educação e prevenção, pois assim poderemos acompanhar e melhorar o estado de saúde da comunidade de nossa área de abrangência.

Outro desafio é o número de pessoas idosas e de doenças crônicas, que elevaram o número de morbimortalidade por doenças cardiovasculares, pois nos chama a atenção o número de hipertensos e diabéticos que podem evoluir com complicações de infarto do miocárdio, acidentes cerebrais vasculares, insuficiência renal aguda e crônica, pé diabético, úlceras por insuficiência vascular periférica, neuropatia diabética, além de desenvolver algum tipo de demência, que levam a maiores gastos financeiros, invalidez e dependência de familiares ou de cuidadores.

Atualmente desenvolvemos orientações a mais de 1367 usuários voltadas para a melhoria da qualidade do atendimento, realizando uma orientação dirigida na pesquisa de doenças bucais, pois elas podem contribuir de maneira significativa a ter um impacto positivo na saúde populacional, fazemos prevenção de câncer bucal, frequente entre usuários fumadores, doenças das gengivas, língua e doenças buco dentais em geral, fazendo orientações nas consultas de técnicas adequadas de higiene bucal e atividades de saúde na escola, abandono de tabagismo para que desta maneira, possamos educar a nossa comunidade dos riscos e benefícios de uma adequada saúde bucal.

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

Todo conhecimento é aprendido e a capacidade de conhecer um fenômeno melhor precisa de observação para melhorar nossa percepção dele e ter uma comparação dos diferentes fenômenos objeto de estudo, para posteriormente ter uma hipótese da observação. Logicamente, no dia a dia do trabalho, a capacidade de formular hipóteses e o raciocínio clínico vai tomando maior ideia da complexidade

da situação, do conhecimento das patologias, de estratégias de trabalho, desenvolvendo e elaborando de maneira mais complexa as ideias, questionando o que está acontecendo com nosso trabalho, com a comunidade, quais são as doenças e patologias mais frequentes na comunidade, pelo qual o processo de aprendizagem vai-se aperfeiçoando com critérios científicos melhor estruturados e elaborados.

Hoje nossa percepção do que acontece no dia a dia com nossa equipe e o trabalho realizado na UBS, controle e condutas como estratégias vão enriquecendo o nosso conhecimento e experiência no âmbito da saúde pública, assim como o domínio mais abarcador da situação da ESF. Obviamente não poderia ter feito um texto nas primeiras semanas da especialização com uma estratégia de trabalho elaborada, pois apresentávamos como barreira uma língua estrangeira e um conhecimento básico dos dados da UBS. Agora podemos refletir de uma maneira melhor elaborada referente à situação da ESF/APS em nosso serviço.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Segundo o sistema de informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM) de 2010, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morte do país, representando cerca de 31,2% dos óbitos em todas as regiões do país, à frente das neoplasias, responsável por 16,7 % (BRASIL, 2012).

Além disso, as Doenças Cérebro Vasculares (DCV) é muitas vezes silenciosa ou que pode atacar sem aviso, ressaltando a importância da prevenção (D'AGOSTINO et al, 2008). Por esses e outros motivos, o controle adequado dos hipertensos e diabetes deve ser prioridade da APS, a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessas afeções são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares e de possível alcance com os recursos disponíveis.

O atendimento da população com doenças crônicas não transmissíveis tais como HAS e DM não é realizado atualmente na nossa comunidade, pois não existem dados sobre esse tipo de intervenção. Na UBS Vila São Bernardo temos um número estimado segundo o CAP antes da intervenção, de 180 (100%) dos hipertensos e 25 (100%) dos diabéticos que tem a UBS, realizaremos uma intervenção para melhorar a qualidade do atendimento a todos os usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus da Unidade Básica de Saúde, (UBS), oferecendo a eles atendimento oportuno, priorizado e de qualidade, baseados no protocolo de atendimento preconizado pelo ministério da saúde.

Considero que a intervenção é importante para manter um controle adequado dos usuários da nossa UBS, para que essas doenças não possam evoluir com complicações cardiovasculares graves, que poderiam ser evitáveis, tais como infarto agudo do miocárdio (IMA), acidentes cérebro vasculares (ACV), insuficiência

renal aguda e crônica (IRC) e pé diabético. Assim, acreditamos que a nossa intervenção seja importante para a população adstrita, pois possibilitará melhoras no controle metabólico dos diabéticos e nas cifras da tensão arterial dos hipertensos, melhorando a qualidade de vida, reduzindo a morbimortalidade relacionadas com essas doenças, como os custos médicos e socioeconômicos relacionados ao controle das mesmas.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Vila São Bernardo, Luís Gomes-RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas desde o mês de abril a junho de 2015, na Unidade de Saúde da Família (USF) Vila São Bernardo, no Município de Luís Gomes-RN. 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 sete ao calendário estabelecido com a Universidade. Participarão da intervenção todas os usuários hipertensos e/ou diabéticos, acima de 20 anos de idade da nossa área adstrita.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e 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: Será feita com a realização de consultas clínicas, através do grupo de Hiperdia, Visitas ao domicílio, avaliação de prontuários clínicos. O monitoramento será realizado pelo médico e enfermeira semanalmente. A ação será realizada pelo médico, os ACS, a enfermeira e o técnico de enfermagem.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Fazendo o correto preenchimento dos prontuários clínicos nas consultas e visitas na área de abrangência, com envolvimento do maior número dos profissionais. Esta ação será realizada pelo médico, os ACS, a enfermeira e o técnico de enfermagem.

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

Detalhamento: Aumentar o número de vagas para o acompanhamento das consultas clínicas, do grupo de hipertensos e/ou diabéticos, não estender o tempo de espera de acolhimento dos usuários e qualificar aos profissionais na tomada de pressão arterial e sobre a vulnerabilidade social. Toda a equipe estará envolvida na ação.

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

Detalhamento: Realizar conversar com os gestores de saúde sobre a necessidade de recursos materiais para otimizar o desempenho desta ações. Esta ação será realizada pelo médico.

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: Para realizar esta ação precisa-se da participação dos os profissionais das equipes. Estas informações podem ser divulgadas na mesma consulta, nas ações de saúde feita na comunidade, nas visitas domiciliar, realizando palestras educativas, pelo médico da equipe, os ACS a enfermagem e o técnico da enfermagem, também como apoio dos profissionais do equipe de NASF.

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

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

Mediante a divulgação nas consultas médicas, nas visitas domiciliares, nas ações de saúde na comunidade, com a realização de palestras educativas, pelo médico da equipe, os ACS a enfermagem e o técnico da enfermagem. Também contaremos com o apoio dos profissionais da equipe de NASF, (o orientador físico e a nutricionista especificamente).

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

Detalhamento: Vamos falar para a população e a comunidade nas consultas, nas palestras educativas, nas ações de saúde, na visita domiciliar, pelo médico da equipe, os ACS a enfermagem e o técnico da enfermagem. Também contaremos com o apoio dos profissionais da equipe de NASF, (o orientador físico e a nutricionista especificamente).

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

Detalhamento: comunicando a toda à população, em consultas, ações de saúde na comunidade, visita domiciliar, palestras educativas, pelo médico da equipe, os ACS a enfermagem e o técnico da enfermagem. Também contaremos com o apoio dos profissionais da equipe de NASF (o orientador físico e a nutricionista especificamente).

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: nas reuniões das equipes semanalmente pelo médico de equipe.

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

Detalhamento: nas reuniões de equipe, realizando aulas demonstrativas pelo médico da equipe.

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

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: realizando a visita domiciliar, através das consultas médicas, avaliando os prontuários clínicos e outros registros para usuários hipertensos e/ou diabéticos. O monitoramento será realizado semanalmente pelo médico e enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa, fazendo um correto preenchimento dos registros (prontuários clínicos).

Detalhamento: Fazendo o correto preenchimento dos prontuários clínicos nas consultas e visitas na área de abrangência, com envolvimento do maior número dos profissionais. Será realizada por todos os profissionais da equipe.

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

Detalhamento: aumentando o número de vagas para as consultas de Hiperdia, diminuir o tempo de espera do acolhimento para as consultas, capacitar aos profissionais para uma correta tomada da pressão arterial e realização de hemoglicoteste a usuários com risco ou da população alvo do foco da intervenção. A ação será realizada pelos ACS, a enfermeira e o técnico de enfermagem.

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

Detalhamento: O médico comunicará aos Gestores de Saúde para que sejam garantidos os materiais necessários para realizar os hemoglicotestes.

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: Esta informação vai ser feita nas consultas médicas, nas visitas a área de abrangência, nas ações de saúde na comunidade, até na própria UBS com a realização de palestras públicas. Estas serão realizadas pelo médico da equipe, os ACS a enfermeira e o técnico da enfermagem. Também contaremos com o apoio dos profissionais da equipe de NASF (o orientador físico e a nutricionista especificamente).

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

Detalhamento: Os usuários diabéticos e hipertensos e toda a população da comunidade vão ser informados nas consultas, na visita domiciliar, nas ações de saúde, na realização de palestras educativas. Estas serão realizadas pelo médico da equipe, os ACS a enfermeira e o técnico da enfermagem. Também contaremos com o apoio dos profissionais da equipe de NASF (o orientador físico e a nutricionista especificamente).

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

Detalhamento: Vamos orientar nas consultas médicas, nas palestras educativas, na visita domiciliar e nas ações de saúde comunitárias. Estas serão realizadas pelo médico da equipe, os ACS a enfermeira e o técnico da enfermagem. Também contaremos com o apoio dos profissionais da equipe de NASF.

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

Detalhamento: Esta ação vai ser feita nas consultas médicas, nas palestras educativas, nas ações de saúde comunitárias, a visita domiciliar e nas atividades com os grupos de usuários hipertensos e/ou diabéticos quando foram criados. Estas serão realizadas pelo médico da equipe, os ACS a enfermeira e o técnico da enfermagem. Também contaremos com o apoio dos profissionais da equipe de NASF (o orientador físico e a nutricionista especificamente).

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe, semanalmente pelo médico da equipe.

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe com a realização de aulas demonstrativas pela enfermagem da equipe.

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 usuários hipertensos.

Detalhamento: Será realizado acolhimento adequado, triagem, realização de glicoteste, anamnese, exame clínico e solicitude e avaliação de exames. O monitoramento da ação será semanal feito pelo médico e enfermeira.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O técnico de enfermagem vai fazer a triagem, o médico a anamnese, exame clínico, solicitação e avaliação de exames.

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe pelo médico.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: semanalmente, nas reuniões da equipe pelo médico.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira dialogarão com os gestores de saúde para obter o documento.

Engajamento público

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

Detalhamento: Nas palestras educativas feitas nas UBS, nas consultas de hipertensos e/ou diabéticos nas visitas domiciliares, nas ações de saúde, nas reuniões. Estas serão realizadas pelo médico da equipe, os ACS a enfermeira e o técnico da enfermagem. Também contaremos com o apoio dos profissionais da equipe de NASF (o orientador físico e a nutricionista especificamente).

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe semanalmente, pelo médico da equipe.

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: Será realizado acolhimento adequado, triagem, realização de glicoteste, anamnese, exame clínico e solicitação e avaliação de exames. O monitoramento da ação será semanal feito pelo médico e enfermeira.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: A enfermagem vai fazer o hemoglicoteste. O técnico de enfermagem vai fazer a triagem, o médico a anamnese, exame clínico, solicitação e avaliação de exames.

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe. A capacitação será realizada pelo médico da equipe.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: semanalmente nas reuniões da equipe pelo médico.

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

Detalhamento: Estas ações serão desenvolvidas pelo médico e a enfermeira da equipe, através do diálogo com os gestores de saúde para obter o documento.

Engajamento público

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: nas palestras educativas feitas nas UBS, nas consultas de Hiperdia, nas visitas domiciliar, nas ações de saúde. Estas serão realizadas pelo médico da equipe, os ACS a enfermeira e o técnico da enfermagem. Também contaremos com o apoio dos profissionais da equipe de NASF (o orientador físico e a nutricionista especificamente).

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe semanalmente, o médico vai fazer aulas demonstrativas.

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: revisando dos prontuários clínicos semanalmente, depois de realizada a consulta de Hiperdia de acordo com a periodicidade recomendada, com a revisão dos prontuários clínicos semanalmente, depois de realizada a consulta de Hiperdia. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira com apoio dos ACS.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: O médico da equipe solicitará os exames complementares definidos no protocolo.

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

Detalhamento: O médico realizará uma conversa com o gestor, procurado sensibilizá-lo sobre a importância desta intervenção.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: sensibilizar aos usuários nas consultas da importância da realização dos exames, e retornar a consulta segundo sejam citados, porque na UBS não temos laboratório clínico. Esta ação será realizada pelo médico da equipe, os ACS a enfermeira e o técnico da enfermagem.

Engajamento público

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

Detalhamento: nas consultas de Hipertensão, nas visitas domiciliares, nas ações de saúde e nas reuniões de grupo. Estas serão realizadas pelo médico da equipe, os ACS a enfermeira e o técnico da enfermagem. Também contaremos com o apoio dos profissionais da equipe de NASF (o orientador físico e a nutricionista especificamente).

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

Detalhamento: nas consultas de Hipertensão, nas visitas domiciliares, nas ações de saúde e nas reuniões de grupo de Hipertensão. Quem fará será o médico da equipe, os ACS a enfermeira e o técnico da enfermagem.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: nas aulas referentes ao tema nas reuniões da equipe semanalmente pelo médico da equipe.

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: revisando os prontuários clínicos semanalmente, depois de realizada a consulta de hipertensos e/ou diabéticos. Quem fará será o médico da equipe, os ACS a enfermeira e o técnico da enfermagem.

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

Detalhamento: revisando os prontuários clínicos semanalmente, depois de realizada a consulta da população alvo. Quem fará será o médico da equipe, os ACS a enfermeira e o técnico da enfermagem.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: O médico solicitará os exames complementares definidos no protocolo.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira conversarão para sensibilizar ele sobre a importância desta intervenção.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: tentando sensibilizar aos usuários das consultas da importância da realização dos exames, e retornar a consulta segundo sejam citados, porque na UBS não temos laboratório clínico. Quem realizará essa ação será o médico da equipe, os ACS, a enfermeira e o técnico da enfermagem.

Engajamento público

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

Detalhamento: nas consultas dos usuários alvo. Nas visitas domiciliar, nas ações de saúde e nas reuniões de grupo de hipertensos e/ou diabéticos. Quem realizará isto será o médico da equipe, os ACS, a enfermeira e o técnico da enfermagem.

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

Detalhamento: nas consultas de hipertensos e/ou diabéticos, nas visitas domiciliar, nas ações de saúde e nas reuniões de grupo. Quem realizará isto será o médico da equipe, os ACS, a enfermeira e o técnico da enfermagem.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: nas aulas referentes ao tema nas reuniões da equipe semanalmente pelo médico da equipe.

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 e avaliar a existência, em farmácia, dos medicamentos no programa.

Detalhamento: O médico da equipe semanalmente vai-se reunir com o técnico de farmácia.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O Médico vai pactuar informações mensais com o técnico de farmácia.

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

Detalhamento: registrando nas consultas a medicação indicada para cada paciente, com avaliação posterior do registro feito. Quem realizará isto será o médico da equipe, os ACS, a enfermeira e o técnico da 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: nas consultas, nas visitas domiciliar, nas ações de saúde na comunidade, nas atividades de grupo de hipertensos e/ou diabéticos. Quem realizará isto será o médico da equipe, os ACS, a enfermeira e o técnico da enfermagem.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: nas reuniões da equipe semanal e fara o médico da equipe.

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe semanal. Com apoio do técnico de Farmácia. A capacitação vai ser feita pelo médico 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: semanalmente o médico da equipe vai avaliar a existência na farmácia, dos medicamentos do programa.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O médico da equipe pactuará informações mensalmente com o técnico de farmácia.

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

Detalhamento: Os ACS vão registrar nas consultas a medicação indicada para cada usuário, com avaliação posterior do registro feito por eles mesmos.

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: O médico da equipe, os ACS, a enfermeira e o técnico da enfermagem farão a orientação.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento dos diabéticos.

Detalhamento: Será realizada pelo médico nas reuniões da equipe semanalmente.

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

Detalhamento: Semanalmente, nas reuniões da equipe pelo médico.

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: fazendo os registros nas consultas, ações de saúde, visita domiciliar. O médico da equipe, os ACS, a enfermeira e o técnico da enfermagem farão a orientação.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: prévio acordo com o departamento de odontologia da UBS e estabelecendo prioridade para os casos mais críticos. Os ACS se organizarão segundo seus usuários e farão o registro.

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: prévio acordo com o departamento de odontologia da UBS e estabelecendo prioridade para os casos mais críticos. Os ACS se organizarão segundo seus usuários e farão o registro.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

Detalhamento: especialmente dos hipertensos e diabéticos nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade. O médico da equipe, os ACS, a enfermeira e o técnico da enfermagem farão a orientação.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Será realizada capacitação nas reuniões da equipe com ajuda dos odontologistas da UBS.

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: fazendo o registro nas consultas, ações de saúde, visita domiciliar. Os ACS se organizarão segundo seus usuários e farão o registro.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: prévio acordo com o departamento de odontologia da UBS e estabelecendo prioridade para os casos mais críticos. Os ACS se organizarão segundo seus usuários e farão o registro.

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: prévio acordo com o departamento de odontologia da UBS e estabelecendo prioridade para os casos mais críticos. Os ACS se organizarão segundo seus usuários e farão a marcação de consultas.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

Detalhamento: especialmente dos hipertensos e diabéticos, nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade. O médico da equipe, os ACS, a enfermeira e o técnico da enfermagem farão a orientação.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe com ajuda dos odontologistas.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: avaliando os prontuários clínicos semanalmente depois das consultas de hipertensos e/ou diabéticos, realizado pela enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Todos os ACS vão priorizar as visitas de seus usuários. A enfermeira irá auxiliar na organização das visitas para busca dos faltosos.

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

Detalhamento: Quando forem visitados pelos ACS já será citado para o dia da consulta de hipertensos e/ou diabéticos. Será deixado espaço na agenda semanal para acolher estes faltosos e o médico acompanhará a consulta.

Engajamento público

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

Detalhamento: Nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade. Fará estas ações o médico, ACS, a enfermagem e o técnico de enfermagem.

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

Detalhamento: Ouvir a comunidade nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade. Qualquer profissional que soubesse de estratégias faladas pela comunidade, informará a equipe nas reuniões semanalmente.

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade. O médico da equipe, os ACS, a enfermeira e o técnico da enfermagem farão a orientação.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe semanalmente pelo médico da equipe.

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: Todos os profissionais da equipe vão avaliar, os prontuários clínicos semanalmente depois das consultas de hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Todos os ACS vão priorizar as visitas de seus usuários.

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

Detalhamento: Quando visitados pelos ACS, já serão citados para o dia da consulta de hipertensos e/ou diabéticos.

Engajamento público

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade pelos profissionais da equipe.

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade. Qualquer profissional que soubesse de estratégias faladas pela comunidade, informará a equipe nas reuniões semanalmente.

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade por todos os profissionais da equipe.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe semanalmente pelo médico da equipe.

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: Todos os ACS revisarão os prontuários clínicos de seus usuários, avaliando o correto preenchimento. O monitoramento desta ação será semanal realizado pelo médico e enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Os ACS farão o preenchimento em cada consulta segundo seus usuários.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: nas reuniões da equipe. Semanalmente segundo sejam consultados os usuários, nas reuniões da equipe, se organizará a informação. Participarão todos os profissionais da equipe.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Todos os ACS vão ser responsáveis pelo monitoramento dos registros de seus usuários.

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: Com a realização da visita domiciliar e com o trabalho de cada ACS acho que vai ser possível viabilizar estas situações de alerta. Os ACS nas reuniões semanal farão orientação dos usuários deles com situações de alerta, para visitar eles posteriormente e orientar.

Engajamento público

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade pelo médico, os ACS a enfermeira e o técnico de enfermagem.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe o médico vai fazer a capacitação.

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe o médico vai fazer a capacitação.

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: Todos os ACS revisarão os prontuários clínicos de seus usuários, avaliando o correto preenchimento.

Organização e gestão do serviço

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: preenchendo em cada consulta pelos ACS e pelo médico.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: nas reuniões da equipe, todos os profissionais participarão.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Todos os ACS vão ser responsáveis pelo monitoramento dos registros de seus usuários.

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: Pela realização da visita domiciliar e com o trabalho de cada ACS acho que vai ser possível viabilizar estas situações de alerta.

Engajamento público

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade por todos os profissionais da equipe.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe pelo médico da equipe.

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe pelo médico da equipe.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade pelos ACS o médico, a enfermeira e o técnico de enfermagem.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, nas consultas de Hiperdia.

Detalhamento: Fazendo consultas nas visitas domiciliar, nas ações de saúde, aumentando o número de vagas nas consultas. O médico fará as consultas.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda, nas consultas de Hiperdia.

Detalhamento: Fazendo consultas nas visitas domiciliar, nas ações de saúde, aumentando o número de vagas nas consultas, os ACS farão a agenda.

Engajamento público

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade. Todos os profissionais da equipe farão esta ação.

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade. Todos os profissionais da equipe farão esta ação.

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: realizando aulas referentes ao tema, nas reuniões da equipe de saúde. Será realizada pelo médico e enfermeira.

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

Detalhamento: realizando aulas referentes ao tema, nas reuniões da equipe de saúde o médico fará a capacitação.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, realizando aulas referentes ao tema.

Detalhamento: nas reuniões da equipe de saúde o médico fará a capacitação.

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

Detalhamento: realizando aulas referentes ao tema, nas reuniões da equipe de saúde o médico fará a capacitação.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade, o médico fará esta ação.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, nas consultas de hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Fazendo consultas nas visitas domiciliar, nas ações de saúde, aumentando o número de vagas nas consultas a médico fará o acompanhamento.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda, nas consultas de Hiperdia.

Detalhamento: Fazendo consultas nas visitas domiciliar, nas ações de saúde, aumentando o número de vagas nas consultas. Esta consulta será feita semanalmente, uma ou duas consultas com vagas para 10 -15 pessoas, os ACS vão fazer a agenda.

Engajamento público

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade. Todos os profissionais da equipe vão orientar.

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade. Todos os profissionais da equipe vão esclarecer.

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: realizando aulas referentes ao tema, nas reuniões da equipe de saúde. O médico fará.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação, realizando aulas referentes ao tema.

Detalhamento: nas reuniões da equipe de saúde, a capacitação vai ser realizada pelo médico da equipe.

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

Detalhamento: realizando aulas referentes ao tema, nas reuniões da equipe de saúde, o médico fará a capacitação.

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: realizando encaminhamento ao Nutricionista dos usuários e revisando as orientações dele descritas, no prontuário clínico nas consultas de controle. O médico fará.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, nas reuniões de grupo de Hiperdia.

Detalhamento: podem ser feitas aulas, palestras educativas, assistir vídeos, fazer mostruários, trocar experiências, entre outros. Todos os profissionais da equipe incluindo os da equipe do NASF.

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

Detalhamento: Tentando sensibilizar ele respeito à importância de nosso trabalho de intervenção, o médico e a enfermeira farão estas ações.

Engajamento público

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

Detalhamento: envolvendo a todos os profissionais da equipe, nas consultas, nas palestras educativas, nas ações de saúde comunitárias, nas visita domiciliar. Todos os profissionais da equipe incluindo os da equipe do NASF farão estas ações.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: com a participação da Nutricionista do NASF, nas reuniões da equipe.

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

Detalhamento Com o apoio de um profissional capacitado nas reuniões da equipe.

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: Realizando encaminhamento ao Nutricionista aos usuários, e revisando as orientações dele descritas no prontuário clínico. O médico fará.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, nas reuniões de grupo de Hiperdia.

Detalhamento: podem ser feitas aulas, palestras educativas, assistir vídeos, fazer mostruários, trocar experiências, entre outros. Vão ser realizada por todos os profissionais da equipe incluindo os da equipe do NASF.

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

Detalhamento: Os responsáveis da equipe irão tentar sensibilizar ele respeito à importância de nosso trabalho de intervenção.

Engajamento público

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

Detalhamento: envolvendo a todos os profissionais da equipe, nas consultas, nas palestras educativas, nas ações comunitárias, nas visitas domiciliar. Vão ser realizada por todos os profissionais da equipe incluindo os da equipe do NASF.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: com a participação da Nutricionista do NASF, na reuniões da equipe.

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

Detalhamento: com o apoio de profissionais capacitado nas reuniões da equipe.

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: realizaremos encaminhamento a cada usuário a um orientador, também podemos buscar assessoramento de um deles para acompanhar aos usuários nas atividades do grupo. O monitoramento será feito pelo orientador físico da equipe do NASF.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: com envolvimento de todos os profissionais e assessoramento de um orientador físico, podemos planejar caminhadas, atividades esportivas e recreativas como parte da agenda do grupo de hipertensos e/ou diabéticos.

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

Detalhamento: Os responsáveis da equipe irão tentar sensibilizar ao gestor da importância de nosso trabalho de intervenção para atingir conseguir realizar esta ação.

Engajamento público

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

Detalhamento: Com o envolvimento de toda a equipe, nas consultas, nas palestras educativas, nas ações de saúde, nas visitas domiciliar, nas atividades do grupo de hipertensos e/ou diabéticos.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: com o apoio de um educador físico nas reuniões da equipe.

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

Detalhamento: com apoio de um profissional nas reuniões da equipe.

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: realizaremos encaminhamento a cada usuário a um orientador, também podemos buscar assessoramento de um deles para acompanhar aos usuários nas atividades do grupo. O orientador físico da equipe do NASF vai avaliar esta ação.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física, com envolvimento de todos os profissionais e assessoramento de um orientador físico.

Detalhamento: Podemos planejar caminhadas, atividades esportivas e recreativas como parte da agenda do grupo de hipertensos e/ou diabéticos. Vão ser realizada por todos os profissionais da equipe incluindo os da equipe do NASF.

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

Detalhamento: Os responsáveis da equipe irão tentar sensibilizar o gestor da importância de nosso trabalho de intervenção para realizar estas ações.

Engajamento público

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

Detalhamento: com o envolvimento de toda a equipe nas consultas, nas palestras educativas, nas ações de saúde, nas visitas domiciliar, nas atividades do grupo de hipertensos e/ou diabéticos.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: com o apoio do orientador físico da equipe do NASF, nas reuniões da equipe.

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

Detalhamento: com apoio dos profissionais, nas reuniões da equipe.

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: com a revisão dos prontuários clínicos semanalmente, depois das consultas de hipertensos e/ou diabéticos, o médico fará.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Os responsáveis da equipe irão tentar sensibilizar ao gestor da importância de nosso trabalho de intervenção para realizar estas ações.

Engajamento público

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

Detalhamento: com o envolvimento de toda a equipe, nas consultas, nas palestras educativas, nas ações de saúde, nas visitas domiciliar, nas atividades do grupo de Hipertensão.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe semanalmente, o médico fará.

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

Detalhamento: com apoio de profissionais semanalmente nas reuniões da equipe.

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: com a revisão dos prontuários clínicos semanalmente, depois das consultas de hipertensos e/ou diabéticos o médico fará.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Os responsáveis da equipe irão tentar sensibilizar o gestor.

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

Detalhamento: com apoio dos profissionais semanalmente nas reuniões da equipe.

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: com a revisão dos prontuários clínicos semanalmente, depois das consultas de hipertensos e/ou diabéticos. Os ACS farão.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: com apoio de todos os membros da equipe. Os problemas que tivesse cada usuário, o médico e seu ACS vão tentar resolver com orientações específicas, caso não aconteça, o ACS vão se encarregar de dar o seguimento nas visitas domiciliar.

Engajamento público

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

Detalhamento: envolvendo toda a equipe, nas consultas, nas palestras educativas, nas ações de saúde, nas visitas domiciliar, nas atividades do grupo de Hiperdia.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Com ajuda dos Odontologistas da UBS, nas reuniões da equipe semanalmente.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: com ajuda dos Odontologistas da UBS, nas reuniões da equipe semanalmente.

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: Com a revisão dos prontuários clínicos semanalmente, depois das consultas de hipertensos e/ou diabéticos, realizado pela enfermeira e médico.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: com apoio de todos os membros da equipe.

Engajamento público

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

Detalhamento: com o envolvimento de toda a equipe, nas consultas, nas palestras educativas, nas ações de saúde, nas visitas domiciliar, nas atividades do grupo de Hiperdia. Vão ser realizada por todos os profissionais da equipe incluindo a equipe do NASF.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: com ajuda dos Odontologistas da UBS, nas reuniões da equipe semanalmente, tentaremos sensibilizar ao gestor da importância de nosso trabalho de intervenção para realizar estas ações.

Engajamento público

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

Detalhamento: com o envolvimento de todo o equipe, nas consultas, nas palestras educativas, nas ações de saúde, nas visitas domiciliar, nas atividades do grupo de Disperdia.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: com o envolvimento de toda a equipe, nas consultas, nas palestras educativas, nas ações de saúde, nas visitas domiciliar, nas atividades do grupo de Hiperdia.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.5. 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 com prescrição de medicamentos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Meta 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Meta 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

Meta 5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Meta 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4. 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.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. 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 na ação programática de atenção a pessoas hipertensas e diabéticas na UBS da Vila São Bernardo, a equipe vai adotar como Protocolo os Cadernos de Atenção Básica nº 36 Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus e nº 37 Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica publicado pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013). Também utilizaremos os prontuários dos hipertensos e diabéticos disponíveis em nossa unidade básica, assim como o livro de controle dos ACS e um registro realizado pela equipe para coletar os dados que necessitamos para garantir um trabalho de boa qualidade para nossa intervenção. Este registro será entregue a enfermeira da equipe para ajudar a conseguir os dados que precisamos. Também utilizaremos a ficha de cadastro de Hipertensos e/ou Diabéticos – Hiperdia e a ficha espelho fornecida pela UFPEL, que contém informações sobre sinais vitais, tratamento, resultado de exames, dentre outras informações que permitem o acompanhamento dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos durante as consultas, assim como os prontuários dos hipertensos e diabéticos disponíveis em nossa unidade básica e o livro de controle dos agentes comunitários de saúde, faremos contato com o gestor da UBS e gestor municipal para dispor cópias dos manuais técnicos e das fichas espelhos. Para o acompanhamento semanal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados já que necessitamos garantir um trabalho de boa qualidade para nossa intervenção.

No que tange ao monitoramento e avaliação das ações a serem realizadas, os agentes de saúde de minha equipe vão realizar o cadastramento dos hipertensos e diabéticos de nossa comunidade para conhecer a quantidade pessoas com hipertensão e diabetes. Nossa enfermeira é a responsável para revisar os registros de atendimento dos diabéticos e hipertensos. Já o médico revisará os prontuários a ficha espelho, registrando os dados necessários para o preenchimento dos registros. Ainda, através das visitas domiciliares que são realizadas diariamente aos moradores de sua área de abrangência, os ACS realizaram o cadastramento dos usuários utilizando o livro registro e entregando o cartão de HAS/DM para atualizar o registro de hipertensos e diabéticos da comunidade.

O médico e enfermeira verificarão durante as consultas e visitas domiciliares, quais os usuários que realizaram os exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. A enfermeira controlará o registro da existência dos medicamentos para os hipertensos e diabéticos controlados na UBS mensalmente na farmácia para conhecer a disponibilidade de medicamentos que podem ser oferecidos a os hipertensos e diabéticos da nossa área.

Em cada consulta realizada agendaremos uma consulta dos usuários que necessitam atendimento odontológico, em um registro da unidade específica para este serviço. O médico e a enfermeira realizarão exame bucal aos hipertensos e diabéticos nas visitas e consultas feitas na UBS e na comunidade. Os ACS pesquisarão na comunidade os hipertensos e diabéticos com necessidades de atendimento odontológico nas visitas diárias que realizam na comunidade. Os ACS e o técnico de enfermagem pesquisarão mediante perguntas e revisão dos prontuários, a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos a UBS e na comunidade para monitorar esta ação.

Os ACS revisarão os usuários que faltaram as consultas nas visitas domiciliares feitas diariamente na comunidade, para recuperar os diabéticos e hipertensos faltosos às mesmas. O médico e a enfermeira monitorarão a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde semanalmente, para garantir que os atendimentos realizados nas consultas e visitas domiciliares tenham boa qualidade. O médico também ficará responsável por monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, durante às consultas.

Encaminharemos os usuários que necessitam de orientação nutricional para nutricionista do NASF. Isto será feito pela enfermeira e pela médica em cada consulta médica e de enfermagem.

A enfermeira solicitará a contribuição do educador físico de nossa unidade aos grupos formados nas comunidades nos dias de ações de saúde para debater sobre a importância de atividade física nesta doença. Revisaremos os prontuários para ver se constam as orientações sobre tabagismo, pois o mesmo é um dos fatores de risco mais importantes de esta doença.

Na parte da organização e gestão do serviço, o médico de forma quinzenal utilizará o livro registro de hipertensos e diabéticos na reunião da equipe para

manter atualizados os registros de hipertensos e diabéticos de nossa unidade. Procurará com a enfermeira e os agentes comunitários de saúde o registro atualizado de hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência. Através das visitas domiciliares, toda a equipe participará do cadastramento dos usuários.

Toda a segunda-feira nos reuniremos, com o técnico de enfermagem e recepcionista para ver como está sendo o acolhimento. Através do diálogo com o gestor, solicitaremos o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e do hemoglicoteste para que tenhamos estes materiais em condições adequadas e em número suficiente. Nossa equipe solicitará a diretora de UBS uma agenda para atualização dos profissionais e a versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde e dialogaremos com o gestor para a compra dos medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

O médico e a enfermeira realizarão a solicitação dos exames complementares através da solicitação destes nas consultas, explicando a importância dos mesmos. O médico explorará a sensibilidade dos pés em cada consulta realizada. Para estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados, o médico e enfermeira revisarão os registros de exames uma vez por semana. Dialogaremos com o gestor do município para agilizar a realização dos exames complementares definidos no protocolo, assim como aumentar o número de vaga, isto será responsabilidade de todo o equipe. Os agentes informarão toda a população através palestras, a importância da realização de exames complementares.

A enfermeira revisará a validade dos medicamentos controlando semanalmente e atualizando ao registro das necessidades dos medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde para garantir a indicação dos medicamentos existentes na UBS.

Programaremos com a equipe volante para garantir avaliação odontológica dos usuários todas segunda ferias supervisionado pelo técnico da equipe. A enfermeira vai solicitar o número de vagas que permita o atendimento os hipertensos e diabéticos no serviço de odontologia mensalmente, para garantir a saúde bucal dos hipertensos e diabéticos da UBS.

A enfermeira e o médico implementarão um registro que permita manter as informações do SIAB atualizadas, definindo com a equipe o registro das informações nas reuniões semanais feitas na UBS, onde participarão toda a equipe de saúde

para, garantir a qualidade dos registros dos hipertensos e diabéticos. Também realizarão as consultas com um tempo de duração que permita garantir orientações individuais, seja na UBS ou na comunidade, cumprimentando a periodicidade estabelecida pelos protocolos do ministério de saúde.

O técnico de enfermagem priorizará a os hipertensos e diabéticos identificados como de alto risco no agendamento das consultas semanalmente e os mesmos provenientes das ações de recuperação de faltosos na comunidade para aumentar o controle deste grupo de doentes. Também priorizará na agenda, os usuários provenientes da busca domiciliar na marcação da consulta semanalmente na UBS para melhorar o controle dos diabéticos e hipertensos.

A enfermeira contatará com a nutricionista do NASF para participar nas atividades da comunidade, onde informará a população sobre a importância da alimentação saudável, através de palestras. Também informaremos nas comunidades, grupos onde o educador físico junto com a equipe, orientará sobre atividades físicas nas ações de saúde já agendadas pela enfermagem.

Com respeito ao engajamento público pretendemos elaborar propagandas que informem de forma bem clara a existência e aplicação do programa na UBS. Também dialogaremos com os mesmo durante as visitas domiciliares e consultas. Informaremos a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, 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 através de palestras, visitas domiciliares, ações de saúde por parte de todo e equipe de saúde.

Prepararemos os agentes de saúde para que tenham conhecimentos sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, para assim poder orientar os usuários durante as suas atividades com a comunidade. O médico a enfermeira e os agentes de saúde orientarão os hipertensos e diabéticos quanto à necessidade de realização de exames complementares e em quanto à periodicidade com que devem ser realizados e os mesmos através de palestras, nas consultas médicas, visitas domiciliares feitas na UBS e comunidade semanalmente.

O médico ensinará a equipe a utilizar corretamente o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares nas reuniões feitas

na UBS quinzenalmente. A equipe de saúde orientará e entregará um cartão aos hipertensos e diabéticos através das consultas, visitas domiciliares, ações de saúde, palestra feitas na UBS ou na comunidade semanalmente para aumentar o controle de sua doença. Serão ofertadas orientações de saúde bucal durante as consultas, nas salas de espera, por meios de palestras, visitas domiciliares, ações de saúde por todos os integrantes de equipe.

A equipe realizará capacitação aos hipertensos e diabéticos sobre a importância de realização das consultas, a periodicidade preconizada para a realização das mesmas mediante palestras, visitas domiciliares, ações de saúde feitas semanalmente na UBS, comunidade e os agentes de saúde ouvirão as opiniões da comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos. A equipe de saúde vai incluir nas palestras e atividades de promoção e prevenção de saúde, feitas na unidade na comunidade semanalmente, assuntos sobre o direito do usuário em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário.

O médico e a enfermeira orientarão os hipertensos e diabéticos quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, bem como à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis nas consultas e visitas feitas na UBS e na comunidade semanalmente. Também orientarão os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Realizaremos esta ação aproveitando quando estes vêm nas consultas com seus familiares e nas visitas domiciliares por ser um dos pilares mais importantes em os usuários diabéticos e hipertensos.

A equipe ofertará orientações a hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular nas visitas domiciliares, ações de saúde e palestras para melhorar o estado físico dos mesmos, e também sobre a importância da higiene bucal através das palestras, consultas e visitas domiciliares realizadas semanalmente na UBS e na comunidade.

Com relação à qualificação da prática clínica, utilizaremos os protocolos de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus fornecidos pelo ministério de saúde, 2013, para nos guiar nas ações relacionadas à intervenção do programa de saúde dos hipertensos e diabéticos. Realizaremos a capacitação para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde uma vez por semana. Estaremos realizando capacitações para a técnica

adequada da aferição da pressão arterial, onde verificaremos se as mesmas estão sendo realizadas adequadamente. Ensinares os ACS para realizar o hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg, supervisionando a realização da mesma.

Para realizar estas ações o médico, a enfermeira, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde orientarão nas visitas domiciliares, consultas e palestras realizadas na UBS, sobre a necessidade e a periodicidade com que devem ser feitos estes exames utilizando para isso os protocolos do HAS/DM fornecidos pelo ministério de saúde para lograr melhorar a quantidade de diabéticos e hipertensos com exames em dia.

A enfermeira capacitará a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia nas reuniões semanais realizadas na UBS. Também serão realizadas capacitações, por parte da odontologia, para toda a equipe de saúde, enfatizando as ações preventivas. A equipe de saúde vai incluir nas palestras e atividades de promoção e prevenção de saúde feitas na unidade na comunidade o tema da importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos semanalmente.

O médico e a enfermeira capacitarão a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas através de capacitações entre os profissionais realizados mensalmente na UBS. Além disto, capacitarão sobre práticas de alimentação saudável em conjunto com a nutricionista. Isso será feito nas ações de saúde, em palestras sobre medicina preventiva. Realizaremos palestras aos familiares dos hipertensos e diabéticos para que ajudem na elaboração da dieta destes. Pretendemos ainda capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde. Obteremos isto através de intercâmbios de experiências, fazemos palestras, nas reuniões da equipe para que os mesmos colaborem com a saúde da comunidade. Outra capacitação a ser realizada é sobre o tratamento de usuários tabagistas, com o propósito de transmitir aos mesmos e a toda a comunidade, os malefícios do tabagismo e do programa para abandonar o mesmo.

Ainda, a enfermeira e o médico realizarão a capacitação da equipe da unidade, oferecendo orientações de higiene bucal nas reuniões de equipes que se realizarão quinzenalmente na UBS. Já o médico capacitará a equipe para realizar a

estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, assim como da importância do registro desta avaliação na reunião quinzenal da equipe realizada na UBS.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

As ações previstas no projeto foram desenvolvidas, sendo que algumas delas não na sua totalidade. Assim, conseguimos imprimir o Caderno de Atenção Básica número 37 – Hipertensão arterial sistêmica e o Caderno de Atenção Básica número 36- Diabetes Mellitus, disponibilizado na unidade, se realizou o cadastramento mensal dos usuários de maneira adequada e sem dificuldade, pois a equipe conseguiu visitar a todos os usuários e agendar consultas para eles, facilitando o trabalho com os ACS na busca ativa dos acamados, com algum tipo de problema de locomoção, e ajustando horários para aqueles trabalhadores em horas agendadas para oferecer as consultas a eles. Conseguimos informar aos portadores de diabetes mellitus e hipertensão a necessidade de adesão aos tratamentos, fazer atividade física frequente e dieta saudável.

Todas as semanas, revisamos organização e busca ativa dos usuários que não foram avaliados, visitando eles e agendando suas consultas com o trabalho da equipe e realizando a busca ativa dos faltosos as consultas. Registramos no HIPERDIA todos os casos novos, com um atendimento clínico dos mesmos. Foram criados grupos de hipertensão e diabetes para realizar as orientações de suas doenças, melhoramos as orientações dietéticas e adesão aos tratamentos além de conseguir agendar seguimento periódico com odontologia e orientação nutricional, recebendo apoio de orientação com nutricionista do município. Nossos usuários realizam atualmente, atividades físicas regular com a supervisão da equipe e de um professor de educação física.

As palestras de orientação para realizar tratamento para abandonar o tabagismo, contou com palestras e educação contínua aos usuários na unidade, existindo medicamentos disponibilizados para realizar o tratamento. A equipe

manteve uma educação e escuta dos usuários na realização do acolhimento destes na UBS e planejamento das consultas, resultando melhor estruturação na rotina da unidade, evitando excesso de demanda espontânea, maior satisfação da comunidade e um melhoramento das relações profissional da saúde usuário. Atualmente esperamos desenvolver mais atividades que possam ter uma participação da comunidade em atividades educativas referentes à Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial. Também estamos realizando as avaliações de dados e ações planejadas para conseguir aprimorar um trabalho de ótima qualidade, além de fazer as correções e elaboração do relatório final.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram desenvolvidas pela equipe.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Uma das dificuldades que foram superadas foi o preenchimento adequado dos exames realizados, pois muitos dos usuários não voltaram à consulta para mostrar seus exames. Como estratégia, a equipe os visitou nas moradias, para conseguir o adequado preenchimento das fichas espelhos, obtendo assim os dados para as planilhas de coletas de dados. O cálculo dos indicadores foi realizado por planilhas Microsoft Excel disponibilizadas pela universidade.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O trabalho em equipe foi um êxito na realização deste trabalho, pois foram muitas horas de trabalho, dedicação, orientação e educação para atingir nossos objetivos, ademais de contar com uma equipe profissional muito trabalhadora e preparada, conseguindo melhorar a qualidade e aperfeiçoamento do treinamento neste trabalho de intervenção. Continuaremos o trabalho com utilização dos materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde, para implantar outros Protocolos de atendimento que possam apoiar e treinar na realização de futuras intervenções,

implementando um atendimento de qualidade a ser ofertado a nossa população adstrita.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Na UBS Vila São Bernardo temos um número estimado segundo o CAP antes da intervenção, de 180 (100%) dos hipertensos e 25 (100%) dos diabéticos que tinha antigamente a UBS, atualmente o número total de usuários é de 188 (100%) hipertensos, 32 (100%) diabéticos.

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

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial a Diabetes Mellitus da unidade de Saúde.

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

Com relação a este indicador, no primeiro mês cadastramos 113 hipertensos (60,1%), no segundo mês foram 155 (82,4%) e finalizamos o terceiro mês com 188 (100%) hipertensos, superando nossa meta inicial de 80%. Conseguimos manter um trabalho diário da equipe na procura dos usuários para serem avaliados todos em sua totalidade, melhorando a organização do trabalho, planejando as ações a serem desenvolvidas para garantir as avaliações agendadas nas semanas de trabalho (Figura 1).

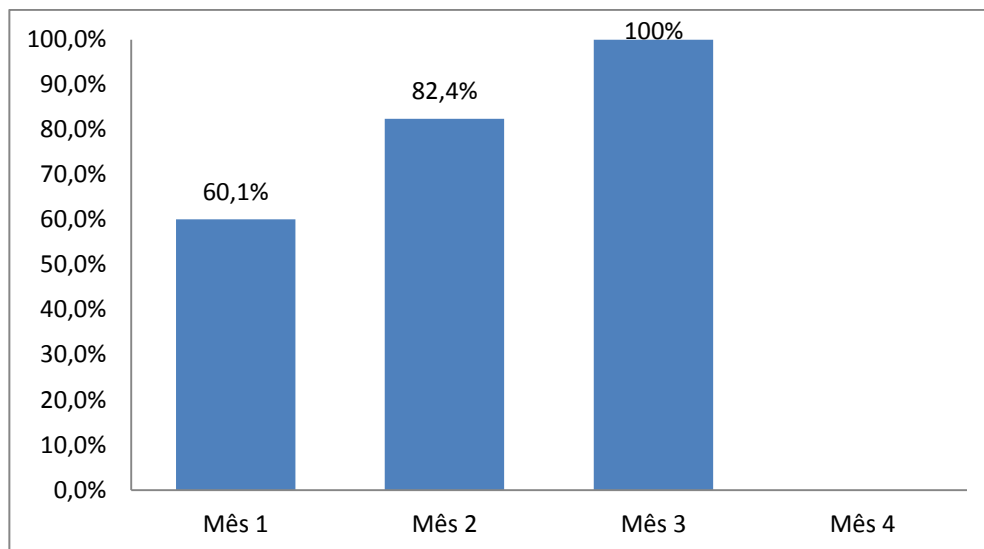


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

Já nos diabéticos, tivemos que realizar busca ativa daqueles com riscos para desenvolver a doença, dificuldade esta que foi superada pela equipe, através das visitas a nossa área de abrangência, onde realizaram o exame de glicose nos usuários. Assim, cadastramos no primeiro mês 12 usuários (37,5%), elevando para 23 no segundo mês (71,9%) e finalizamos o terceiro mês com 32 (100%) diabéticos cadastrados, atingindo nossa meta inicial de 80% (Figura 2).

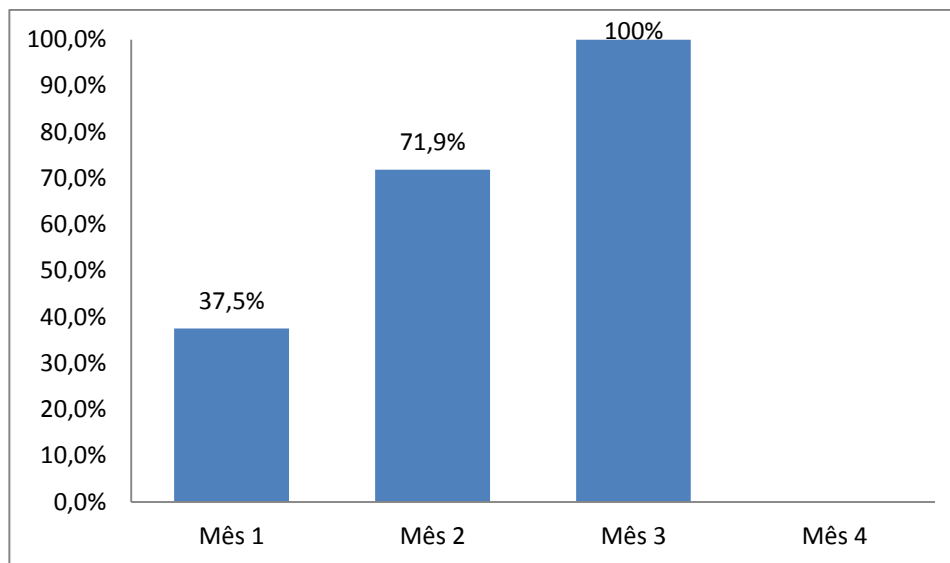


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

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

Conseguimos atingir a 100% dos usuários nos três meses da intervenção. Isto foi possível, pois aproveitamos todas as consultas e solicitamos os exames. Além disto, contávamos com todos os materiais necessários. No primeiro mês tivemos 113 hipertensos (100%), no segundo mês 155 (100%) e no terceiro 188 (100%), alcançando nossa meta inicial.

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.

Nos diabéticos também mantivemos 100% nos três meses de intervenção. Conseguimos no primeiro mês 12 (100%) diabéticos em dia com os exames clínicos, no segundo mês foram 23 (100%) e no terceiro chegamos a 32 diabéticos que corresponderam a 100%, atingindo nossa meta inicial.

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.

De acordo com o indicador de proporção de hipertensos com os exames complementares em dia podemos perceber que foi a maior dificuldade durante o período de desenvolvimento da intervenção, não sendo possível atingir a nossa meta em nenhum dos três meses da intervenção na unidade, A dificuldade nesta ação foi a demora em conseguirem realizar os mesmos e o tempo longo para obterem os resultados destes exames. Além disto, muitos exames não foram garantidos pela secretaria de saúde.

O primeiro mês teve 47 (41,6%), no segundo mês mantivemos os mesmos 47 (30,3%) e no terceiro 121(64,4%), não alcançando nossa meta inicial (Figura 3).

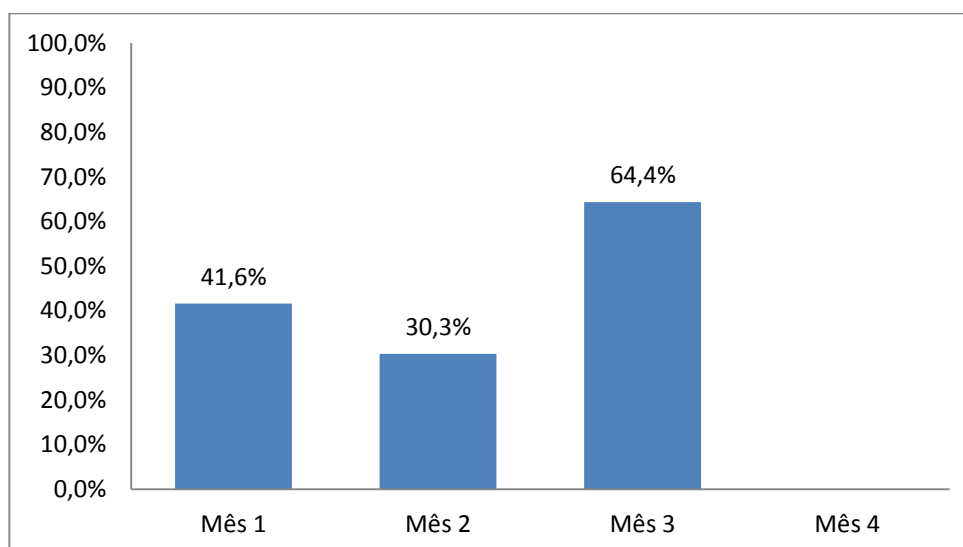


Figura 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

Podemos observar que a proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo ao protocolo foi uma das nossas maiores dificuldades na intervenção, conforme descrito anteriormente, não sendo possível atingir as nossas metas no final da intervenção. No primeiro mês foram 5 (41,7%)

usuários, no segundo mês 5 (21,7%) e no terceiro mês somente 16 (50%) usuários (Figura 4).

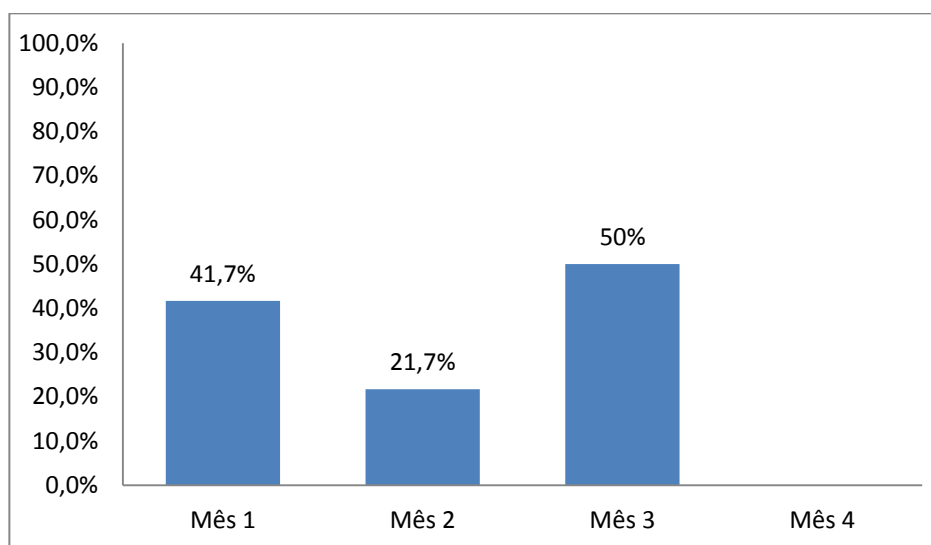


Figura 4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

Neste indicador conseguimos que todos os hipertensos possuam cadastro na farmácia, recebendo os medicamentos. No primeiro mês prescrevemos medicamentos para 113 (100%) hipertensos, no segundo mês foram 155 (100%) e no terceiro mês 188 (100%).

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.

A proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia se manteve em 100% durante todos os meses, atingindo nossa meta inicial. No primeiro mês prescrevemos medicamentos para 12 (100%) diabéticos, no segundo mês foram 23 (100%) e no terceiro mês 32 (100%).

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.

No transcurso das avaliações aos usuários hipertensos foi realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 100% dos mesmos que foram encaminhados para consulta com odontologia àqueles que precisaram. No primeiro mês orientamos 113 (100%), no segundo mês foram 155 (100%) e finalizamos com 188 (100%).

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.

Já com relação aos diabéticos, no primeiro mês conseguimos orientar 12 (100%), no segundo mês foram 23 (100%) e finalizamos com 32 (100%).

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

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 a este indicador, não tivemos hipertensos faltosos, pois todas as consultas agendadas para aqueles usuários com algum tipo de dificuldade, realizamos na casa do mesmo.

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.

Assim como nos hipertensos, não tivemos usuários diabéticos faltosos às nossas consultas médicas.

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.

Nesta meta, conseguimos manter a adequadamente a ficha de acompanhamento em 100% durante os três meses da nossa intervenção. No primeiro mês acompanhamos 113 (100%), no segundo mês foram 155 (100%) e finalizamos com 188 (100%).

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.

Já com relação aos diabéticos, no primeiro mês acompanhamos 12 (100%), no segundo mês foram 23 (100%) e finalizamos com 32 (100%).

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.

Com relação a esta meta, não conseguimos atingir a nossa meta inicial, ficando parcialmente completa a estratificação de risco cardiovascular. Isto ocorreu devido à demora na realização dos exames complementares, que trouxe um atraso nas avaliações dos usuários. Assim, por exemplo, a falta dos resultados do exame de colesterol, influencia diretamente na pontuação da escala de Framingham e na conduta farmacológica deste usuário. No primeiro mês tivemos 47 (41,6%) hipertensos, no segundo mês mantivemos os mesmos 47 (30,3%) e no terceiro 121 (64,4%), não alcançando nossa meta inicial (Figura 5).

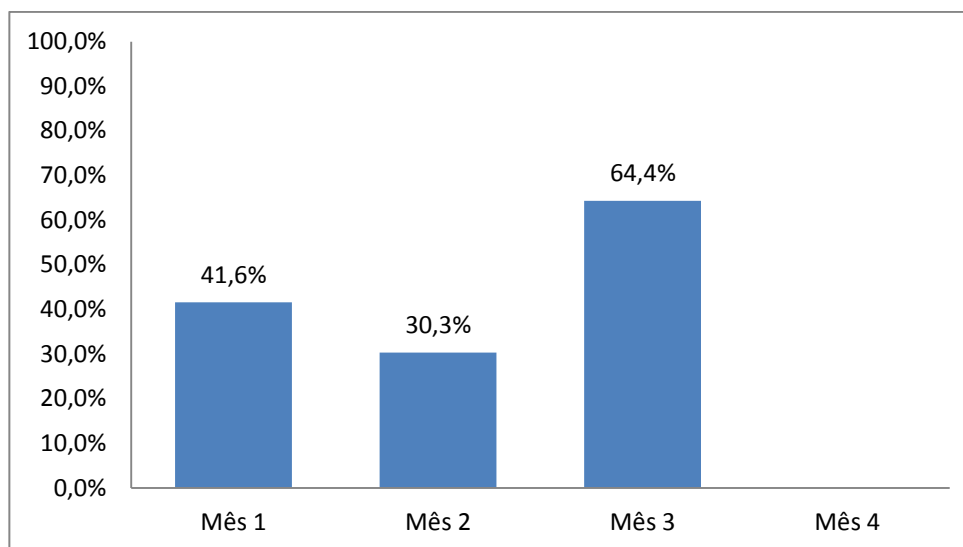


Figura 5: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Podemos observar que a proporção de diabéticos com a estratificação do risco cardiovascular foi uma das nossas maiores dificuldade na intervenção, também devido à dificuldade de realizar os exames complementares, não sendo possível atingir as nossas metas no final da intervenção. No primeiro mês foram 5 (41,7%) usuários, no segundo mês 5 (21,7%) e no terceiro mês somente 16 (50%) dos usuários (Figura 6).

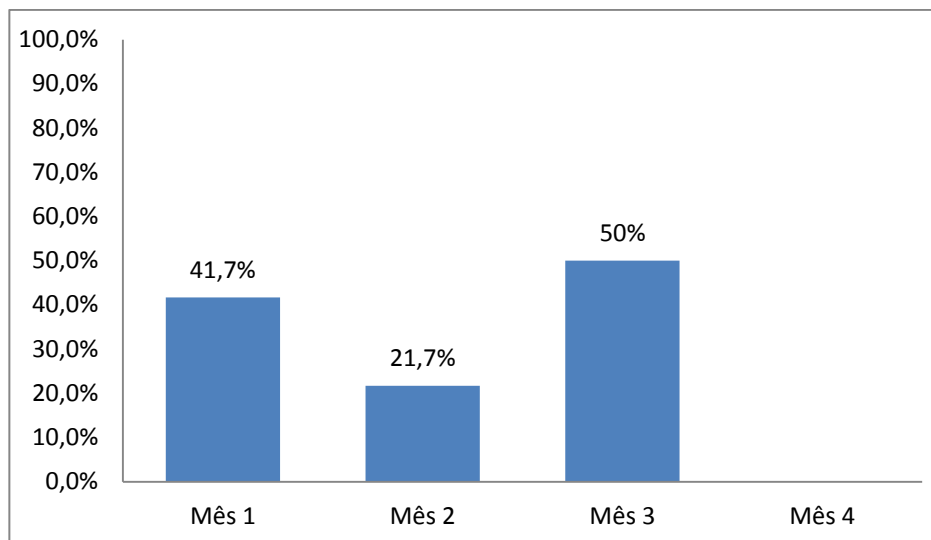


Figura 6: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Esta ação foi desenvolvida com 100% dos nossos hipertensos durante todos os três meses. Todos receberam orientações sobre as necessidades calóricas e sobre o adequado consumo de alimentos para uma dieta adequada segundo as suas necessidades. No primeiro mês foram orientados 113 (100%), no segundo mês foram 155 (100%) e finalizamos com 188 (100%).

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

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

A proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável atingiu as metas propostas durante os três meses da intervenção, sendo umas dos pilares do tratamento não farmacológico para manter as cifras adequadas de glicose sanguínea, além de contribuir para a prevenção do sobrepeso e obesidade.

Nos diabéticos este indicador se comportou da seguinte maneira: no primeiro mês foram orientados 12 (100%), no segundo mês foram 23 (100%) e finalizamos com 32 (100%).

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.

Todos os hipertensos foram orientados sobre o tempo e o tipo de atividade física que eles poderiam realizar. Estas informações foram transmitidas por um professor de educação física que também realizou atividades práticas aos mesmos. Também foram desenvolvidas estas atividades com a comunidade que foi avaliada, incentivando os jovens para praticar estas atividades desde que são crianças. Assim no primeiro mês foram orientados 113 (100%), no segundo mês foram 155 (100%) e finalizamos com 188 (100%).

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.

Esta ação constitui uma prioridade em nosso trabalho pela importância de incorporar a mesma a nossa vida diária, evitando assim o sedentarismo. Além disto, a mesma contribui para combater a obesidade, reduzir o estresse, melhorar a circulação sanguínea, a capacidade respiratória pulmonar, aumentando o peristaltismo intestinal, tonificando os músculos e melhorando as dores de processos degenerativos dos ossos. No primeiro mês foram orientados 12 (100%), no segundo mês foram 23 (100%) e finalizamos com 32 (100%).

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.

Com relação à proporção de hipertensos que receberam orientações sobre riscos do tabagismo, podemos relatar que durante a intervenção conseguimos atingir

a meta proposta, alcançando 100%. No primeiro mês foram orientados 113 (100%), no segundo mês foram 155 (100%) e finalizamos com 188 (100%).

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.

A ênfase nesta orientação resulta em uma diminuição do risco de câncer bucal, de pulmão, de hipertensão, onde a promoção com os usuários tabagistas deve sempre estar focada no abandono ou diminuição da quantidade de cigarros por dia. Assim, no primeiro mês foram orientados 12 diabéticos (100%), no segundo mês foram 23 (100%) e finalizamos com 32 (100%), atingindo nossa meta inicial.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Analisando a proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal podemos observar que durante a intervenção a meta foi atingida, alcançando 100% dos usuários. Os mesmos receberam palestra e orientações nas consultas sobre a importância da saúde bucal e sobre a prevenção de câncer bucal, assim como técnicas de escovar os dentes, língua e gengivas pelo menos três vezes por dia. No primeiro mês foram orientados 113 (100%), no segundo mês foram 155 (100%) e finalizamos com 188 (100%).

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

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Também atingimos nossa meta inicial de 100% durante todos os meses da intervenção. Conseguimos uma avaliação mais integral dos usuários, evitando complicações frequentes dos diabéticos por serem mais vulneráveis a infecções pela doença de base. No primeiro mês foram orientados 12 diabéticos (100%), no segundo mês foram 23 (100%) e finalizamos com 32 (100%).

4.2 Discussão

Os resultados obtidos durante a nossa intervenção foram satisfatórios, pois conseguimos melhorar a cobertura no acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, desenvolvemos capacitações e treinamentos da equipe, atualizamos os cadastros e os registros dos usuários, realizamos a avaliação de seus riscos através do trabalho mais planejado e projetado, voltado para uma avaliação integral dos usuários a fim de evitar complicações na evolução de suas doenças. Além disto, orientamos nossas ações baseadas na promoção e prevenção destas complicações, adequando as mesmas para melhorar a qualidade de vida dos mesmos, garantindo maior esperança de vida nesta população.

Como resultados, conseguimos elevar a cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabéticos da unidade de saúde, mantendo um trabalho diário da equipe na procura dos usuários para serem avaliados todos em sua totalidade, melhorando a organização do trabalho, oferecemos os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, prescrevemos os de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, realizamos a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, realizamos a busca ativa dos usuários faltosos, realizamos o registro adequado na ficha de acompanhamento, realizamos estratificação de risco cardiovascular e realizamos as orientações sobre alimentação saudável, sobre prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

Consideramos de vital importância à intervenção para a equipe, pois conseguimos realizar a capacitação adequada e contínua dos profissionais de saúde, sendo uma das diretrizes do Ministério da Saúde, para garantir à população um atendimento de qualidade. Além disto, o trabalho desenvolvido em equipe está mais organizado, pois planejamos todas as ações que são desenvolvidas, atentando para aquelas que são prioridades. Toda a equipe está mais comprometida com as suas atribuições e através do trabalho articulado pudemos perceber que a população está satisfeita com as avaliações e com as orientações e recebidas nas consultas clínicas e nas visitas domiciliares. Conseguimos interagir com quase toda

a comunidade na busca destas doenças para realizarmos o monitoramento e o controle dos hipertensos e diabéticos existentes na nossa área de abrangência.

No que tange ao serviço, podemos descrever que as ações desenvolvidas durante o período da intervenção tiveram uma significativa importância, pois as mesmas nunca foram desenvolvidas na unidade. As visitas domiciliares não constituíam parte da rotina da unidade, as avaliações e atendimento da comunidade eram realizados pela enfermeira, pois o serviço não contava com médico. Atualmente estamos conseguindo avaliar todos os usuários hipertensos e diabéticos, realizando uma avaliação integral dos mesmos, acompanhando a adesão destes aos tratamentos indicados. Conseguimos incorporar na rotina da UBS os agendamentos de todos os usuários com algum tipo de doença, melhorando a demanda espontânea, a atualização dos registros, a realização das avaliações e do retorno à consulta programada dos usuários.

A intervenção foi de muita importância para a comunidade, já que a mesma conseguiu ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos, os quais estão satisfeitos com o atendimento priorizado. Ainda, conseguimos atingir nas primeiras semanas, um número importante deles, que aos poucos foram organizados e inseridos na contemplação de todas as ações de saúde destinadas aos mesmos. A ampliação da cobertura dos hipertensos e diabéticos continua hoje dentro das prioridades da equipe e já mostra resultados satisfatórios, tanto na aceitação como na adesão dos usuários.

Caso iniciássemos neste momento nossa intervenção, tentaríamos planejar de maneira adequada os estudos a serem realizados em coordenação com a administração, para não apresentar as dificuldades que surgiram na passada intervenção, solicitando um melhor controle e supervisão das atividades a serem desenvolvidas e agendadas pela secretaria de saúde, garantindo assim os recursos que foram necessários, coordenando e planejando melhor as atividades a desenvolver. Melhoraríamos as informações e seu cumprimento, assim como a disponibilização de medicamentos, materiais que foram utilizados para não ter que improvisar e carecer de recursos quando estivermos realizando outro tipo de intervenção em nossa comunidade.

A intervenção está incorporada na rotina do atendimento aos hipertensos e diabéticos, pois as avaliações deles são realizadas dependendo do risco que eles apresentam. Estamos realizando um acompanhamento mais integral de suas

doenças e evolução, tomando condutas adequadas para cada um deles, realizando o controle adequado dos registros, seguindo as orientações dos protocolos de atendimentos do ministério da saúde.

Nos próximos meses estamos planejando implementar o programa de melhoria da qualidade do atendimento do câncer de colo de útero e câncer de mama na UBS, pois contamos com as ferramentas para começar a desenvolver um trabalho de equipe que possa garantir a realização deste programa prioritário na atenção primária de saúde.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

A intervenção realizada na UBS Vila São Bernardo, Luís Gomes-RN, objetivou melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, e foi desenvolvida com um significativo êxito em nossa comunidade. A mesma representa o trabalho de entrega e esforço na melhoria dos serviços de saúde que a equipe desenvolveu, onde foram cadastrados 188 (100%) hipertensos e 32 (100%) diabéticos. Olvidados e sem reconhecimento, o trabalho não tem o brilho da esperança de levar saúde a nossas comunidades, como hoje estão sendo desenvolvido por muitas equipes de saúde. Assim é de vital importância que seja reconhecido e estimulado o esforço de nossos profissionais da saúde, que entregam com amor e paixão o melhor de suas vidas, o sentimento de amor e comprometimento com aqueles que precisam de uma mão amiga para suportar as penas, mitigar a dor e consolar o sofrimento. Essas mãos cheias de amor não ficaram no olvido, sempre terão o carinho e admiração dos que recebem tanta ternura, como uma mãe cuida dos seus filhos, e entrega o melhor de seus sentimentos a seus seres amados, pois não tem dinheiro no mundo que possa comprar a felicidade, nem dinheiro que possa comprar a vida de um ser humano.

A estratégia da saúde da família é o primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde, e sempre será uma das mais importantes vias para a população ter acompanhamento continuado, educação permanente, sendo o ponto de encontro da saúde com as formas de promover, prevenir e reabilitar a saúde, sendo mais fácil prevenir que curar doenças, estratégia do Ministério da Saúde e criação de programas orientados no fortalecimento da Atenção Primária de Saúde. Assim, solicitamos apoio para garantir realização dos exames complementares e em tempo adequado aos gestores que devem estar envolvidos e comprometidos com o estado de saúde das populações, pois quando mais voltadas estão às políticas de saúde para a população, melhores serão os indicadores de desenvolvimento humano.

Os resultados da intervenção poderiam ter tido um alto impacto se fossem garantidos todos os recursos de folhas, impressão das planilhas espelhos, fita métrica, que estavam previstos para sua adequada realização, sendo bom esclarecer que foi bem vinda à ajuda recebida. Como próximo passo, pretendemos

expandir as ações para o programa de saúde do câncer de colo de útero e câncer de mama na UBS, considerando que representa a segunda causa de morte no Brasil.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários,

Com a realização deste relatório pretendemos demonstrar à comunidade como foi desenvolvida a Intervenção com os usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da equipe da UBS Vila São Bernardo, Luís Gomes-RN. A mesma representa o trabalho de entrega e esforço na melhoria dos serviços de saúde que a equipe desenvolveu, e prova disto é que conseguimos cadastrar 197 usuários, onde destes 188 (100%) hipertensos, 32 (100%) diabéticos e 23 (45%) hipertensos e diabéticos. A nossa intervenção garantiu uma melhora na qualidade dos atendimentos destes usuários e uma avaliação integral as complicações e riscos mais frequentes, identificamos na procura ativa novos casos destas doenças crônicas não transmissíveis, acompanhamos a nossa comunidade com consultas planejadas sendo hoje parte de nossa rotina da UBS. Para conseguir melhores resultados no trabalho, avaliar a todos os usuários e adesão dos mesmos ao programa de atendimento, aos tratamentos e estilos de vida mais saudáveis, mantemos um trabalho coordenado com lideranças da comunidade, com os usuários para dar um atendimento a todos eles e acompanhando os riscos para fazer prevenção e educação permanente da nossa comunidade. Assim, buscamos que todos possam ter acessibilidade aos serviços da ESF, com uma avaliação Integral onde a participação social possa chegar a todos como um direito e um grau elevado de responsabilidade e profissionalidade.

Durante a intervenção, foram desenvolvidas as seguintes ações: Realização de reuniões com a equipe de saúde para informar sobre o projeto, assim como para conseguir o envolvimento e apoio, dos demais profissionais da UBS. Organização da capacitação dos profissionais da equipe, da logística do trabalho de campo para orientar as atribuições de cada profissional nesta intervenção, assim como a periodicidade das reuniões e as atividades coletivas com os usuários. Cadastramento dos usuários e a busca dos faltosos a consulta. Monitoramento dos registros dos usuários e dos medicamentos destes na Farmácia Popular /Hiperdia. Preparação das planilhas para a coleta dos dados e dos recursos e materiais para realizar a triagem e glicoteste (determinação das cifras da glicemia capilar) dos usuários. Acompanhamento destes com a realização de exame clínico. Realizamos também a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, a avaliação de

risco cardiovascular pelo exame clínico, as orientações sobre nutrição e alimentação saudável, prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e a importância da higiene bucal. Acompanhamos os indicadores digitados nas planilhas, além de mobilizar os usuários hipertensos e/ou diabéticos para a participação do programa de saúde.

Acreditamos que com o estabelecimento destas ações como parte da rotina diária de nosso serviço da UBS, vamos conseguir melhor o vínculo comunidade-ubs-usuários e também ampliar muito mais a cobertura da atenção para estes usuários. Após os três meses da intervenção, constatou-se que os objetivos inicialmente propostos de melhorar a qualidade da atenção à saúde aos usuários hipertensos e/ou diabéticos foram cumpridos, mesmo que de forma parcial, pois o tema passou a receber destaque no dia a dia dos profissionais e da população. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Durante todo este ano de trabalho e estudo constatei que muitas das referências para temas de estudo são hoje a base de uma melhor preparação na atuação médica na atenção primária de saúde, uma estruturação muito bem elaborado sobre os conhecimentos básicos que vão da estrutura física de uma unidade de saúde até o domínio de protocolos de atendimentos muito eficientes, conformando hoje um planejamento da atuação na ESF de muitos médicos que assistiram durante este período de estudos. Os fundamentos de boas práticas médicas e políticas públicas encaminhadas na melhoria da qualidade do atendimento médico, garantindo os direitos dos cidadãos a ter saúde de qualidade. Estes constituem uma responsabilidade dos profissionais da saúde, a de garantir excelência nos serviços públicos e privados, sendo um compromisso oferecer uma preparação da qualificação profissional constantemente, com um conhecimento científico baseado nas evidências clínicas epidemiológicas que hoje constituem a peça fundamental da atenção básica. Hoje posso falar que minhas expectativas foram alcançadas e são de um benefício pessoal e de qualificação profissional que constantemente devemos aperfeiçoar, para oferecer um atendimento altamente qualificado, com rigor científico, baseado em estudos sérios, pois constituem o caminho para alcançar modos e etilos de vida saudáveis, melhorando cada dia mais a esperança de vida de nossas populações. Assim poderemos ter uma população cada vez mais envelhecidas que possam desfrutar e viver com saúde. Custa pouco prevenir e educar, e na ESF essa promoção e prevenção pode garantir um estado de saúde física, psíquica e social das comunidades.

Referências

AMER, N. M.; Marcon, S. S.; Santana, R. G. Índice de massa corporal e hipertensão arterial em indivíduos adultos no Centro-Oeste do Brasil. **Arq. Bras. Cardiologia**. São Paulo, vol. 96, no. 1, Jan. 2011.

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, 2013A.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, 2013B. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>.

COSTA, J. S. D. et al. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 24, n. 7, Jul. 2008.

D'AGOSTINO, R. B.; Vasan R. S.; Pencina M. J.; et al. General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care - The Framingham Heart Study. **Circulation**. 2008; 117: 743-753. 44.

FERREIRA, S. R. G. et al. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, vol. 43, suppl. 2, Nov. 2009.

JÚNIOR, A. C. A. Consolidando a rede de atenção às condições crônicas: experiência da rede HIPERDIA de Minas Gerais, Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, Brasília, 2011, 22p.

HOEPFNER, C.; Franco, S. C. Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária à saúde. **Arq. Bras. Cardiologia**. São Paulo, vol. 95, n. 2, Ago. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Censo IBGE/2010, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011– Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. 1 ed. Brasília; 2012. Editora do Ministério da Saúde. Cap. 4, p 95-104.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	
1	Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																			
2	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 Hipertensão 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 atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?	
3	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																		

