

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e
Diabetes mellitus, na UBS Buritizal, Laranjal do Jarí/AP**

Estela Perez Del Toro

Pelotas, 2015

ESTELA PEREZ DEL TORO

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus, na UBS Buritizal, Laranjal do Jarí/AP

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

Orientador: Camila Irigónhé Ramos

Pelotas, Ano 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

T686m Toro, Estela Bárbara Pérez del

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, na UBS Buritizal, Laranjal do Jari/AP / Estela Bárbara Pérez del Toro; Camila Irigónhé Ramos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

104 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. Ramos, Camila Irigónhé, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

À minha família que são a base de toda minha vida.

À minha orientadora por me auxiliar e compartilhar seus conhecimentos comigo.

À nossa equipe de saúde da família da UBS Buritizal.

Resumo

DEL TORO, Estela Perez. **Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus, na UBS Buritizal, Laranjal do Jarí/AP.** 2015. 104f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são um grave problema de saúde pública no Brasil, são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). A ação programática é importante em qualquer contexto da atenção primária à saúde, o trabalho na comunidade permite aos profissionais da saúde fazer promoção de saúde, e prevenir doenças. Em 2014, o município de Laranjal do Jari destacou sua intenção na estratégia de levar os serviços de saúde para mais próximo das comunidades, reordenando o modelo assistencial em saúde e contribuindo com experiência exitosa para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A população da nossa área adstrita é de 2112 habitantes e antes da intervenção tínhamos de acordo com o caderno de ações programáticas, uma cobertura de 19%, - 70 pessoas com hipertensão e uma cobertura de 15% - 16 pessoas com diabetes na área da Unidade Básica de Saúde Buritizal, nossa equipe tem consciência que precisamos aumentar esta cobertura porque sabemos que existem mais pessoas na população com essas doenças e com fatores de risco que não fazem acompanhamento, também não contávamos com um protocolo ou manual técnico, registro específico, nem realizávamos monitoramento regular destas ações; então escolhemos como objetivo principal desta intervenção melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM) na UBS Buritizal. O projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Buritizal, no Município de Laranjal do Jarí/AP, mas, por adequação no cronograma do curso, foi desenvolvido em 12 semanas. Durante a intervenção foram utilizados como instrumento a ficha espelho com o registro para cada usuário, com a anotação de todas as informações a serem monitoradas, a planilha de coleta de dados, e o prontuário como ferramenta na busca de informações dos usuários. Em nosso trabalho procuramos conseguir uma cobertura de 50% de atenção para os 90 hipertensos e 30 diabéticos existentes em nossa área, e melhorar a qualidade da atenção para todos os usuários em acompanhamento. A intervenção teve importância para a população porque foi possível atingir para todos os usuários acompanhados 100% no registro das informações, pode ser feita a avaliação de risco de todos os usuários e a promoção da saúde com mudança de estilo e modo de vida que permite alcançar uma longevidade com maior qualidade. Para nosso serviço também teve importância porque oportunizou as condições adequadas de trabalho com melhor organização e produtividade; e para nossa equipe porque criou as bases para novos projetos e consolidou a união de nossos profissionais e trabalhadores com nossos líderes da comunidades e nossos gestores de saúde.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico referente a Cobertura de hipertensos cadastrados no Programa de atenção ao hipertenso na UBS/ESF Buritizal, Macapá/AM, 2015.	75
Figura 2	Gráfico referente a Cobertura de diabéticos cadastrados no Programa de atenção ao diabético na UBS/ESF Buritizal, Macapá/AM, 2015.	76

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
CEO	Centro de Especialização odontológico
NASF	Núcleos de Atenção à Saúde da Família
PCCU	Prova de Câncer de Colo Uterino
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
2 Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa.....	21
2.2 Objetivos e metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral:.....	23
2.3 Metodologia.....	25
2.3.1 Detalhamento das ações:	25
2.3.2 Indicadores:	59
Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.....	65
2.3.3 Logística.....	65
2.3.4 Cronograma	68
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	70
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	71
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	72
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	72
4 Avaliação da intervenção.....	73
4.1 Resultados	73
4.2 Discussão.....	85
5 Relatório da intervenção para gestores	89
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	92
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	95
Referências	97
Anexos	101

Apresentação

O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a qualidade da atenção à saúde integral dos hipertensos e diabéticos na Unidade Buritizal, no Bairro Buritizal no município de Laranjal do Jarí – estado Amapá.

Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

Na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

Na seção cinco será apresentada o relatório da intervenção para os gestores e na sexta para a comunidade.

Na seção sete, será apresentado uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por fim será apresentada a bibliografia utilizada neste trabalho e, ao final, os anexos e apêndices que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Na unidade de saúde em que trabalho temos as condições adequadas para realizar o atendimento integral da população e fazer uma utilização equitativa dos recursos de saúde disponíveis, porque temos todos os serviços em boas condições; três consultórios médicos, uma farmácia, um departamento de vacinação que tem refrigeração para as vacinas e se fazem campanhas de vacinação. Nossa equipe de saúde faz consultas na manhã e visitas domiciliares a tarde.

A nova unidade não tem barreiras arquitetônicas, porque tem uma rampa para trasladar os doentes com maior comodidade ao seu interior, todas as salas e consultórios têm boas condições de iluminação e privacidade. Em nossa unidade de saúde também constamos com um serviço de odontologista, onde trabalham uma técnico de saúde bucal e um odontologista, nossa enfermeira também faz consultas e trabalhamos juntos na atenção de nossa comunidade, nas consultas de crianças, na atenção as gestantes, na atenção aos idosos e consultas espontâneas para que desta maneira possamos atender a todos que necessitam. Realizamos teste de sorologia para sífilis, teste rápido para Malaria e Diabetes. Os técnicos de enfermagem tem um importante papel no trabalho de equipe, eles agendam nossas consultas, tendo em conta grupos de riscos e necessidades de saúde, na fila elas priorizam os usuários de acordo com sua idade biológica e sua patologia, evitando uma complicação de alguma doença aguda ou infecciosa, também participam nas visitas domiciliares. A equipe tem cinco agentes comunitários de Saúde (ACS) que identificam as prioridades das famílias que precisam de visitas domiciliares, nos apoiam no acompanhamento dos doentes para um melhor cumprimento de seu tratamento e para uma cura eficaz, elas ajudam com o planejamento das visitas e com o cadastramento de cada pessoa de sua área.

Contamos com outros profissionais, psicologista, nutricionista, fisioterapeuta e que também trabalham em nossa unidade de saúde de saúde mas não ficam o tempo completo; temos também uma sala de recepção com mais o menos trinta e cadeiras onde um integrante da equipe fala de educação para a saúde aos usuários que esperam consulta.

Em nossa unidade nossa equipe de saúde a cada quinze dias nos reunimos para planejar estratégias de trabalho, fazer capacitação e tirar dúvidas, isso ajuda-nos a conhecer muito melhor a população, seus costumes, e as doenças endêmicas que não são comuns em nosso país, também as características de nossa zona onde por as proximidades ao rio e as florestas não ficam igual de uma população das cidades.

Desta forma tratamos de cumprir com os princípios do Sistema Único de Saúde e junto a todos as equipes de saúde no município e o trabalho de nossa secretaria de saúde já logramos uma pequena redução das hospitalizações, além de isso trabalhamos muito forte para a redução da morbimortalidade infantil, de gestantes e idosos.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Laranjal do Jarí, foi criado em 17 de dezembro de 1987. Sua população tem crescido muito nos últimos anos e recentemente tem 43.832 habitantes laranjalenses. O município passou a integrar cerca de 90% de sua extensão territorial dentro da área de proteção ambiental (APA), onde se encontra o Parque Nacional Montanhas do Tumucumaque. Laranjal do Jarí têm hoje nove Unidades Básicas de saúde (UBS), seis são de área urbana, e as outras três são rurais. O município também tem dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) onde tem: Farmacêutico, Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista, Médico Pediatra, Nutricionista e Psicólogo, apoiando as áreas estratégicas de Assistência farmacêutica, Atividade física ou práticas, Reabilitação ou saúde integral da pessoa idosa e usuários que precisem destes serviços, Saúde da criança, adolescente e do jovem, Saúde da mulher, Saúde mental e Serviço Social. Não contamos com Centro Especializado de Odontologia (CEO); mas sim contamos com o serviço de odontologia em seis das UBS. Laranjal do Jarí consta

com disponibilidade de serviço hospitalar, tem o Hospital estadual Laranjal do Jarí; e também tem atenção especializada, conta com um ortopedista, um obstetra, um pediatra e um cirurgião, e tem disponibilidade de exames complementares como Hemograma completo, Hematócrito, Coagulograma e Contagem de plaquetas, Glicemia, Triglicerídeos, Colesterol, Ácido Úrico, Uréia, Creatinina, Contagem de Proteínas, HDL, LDL, TGP, TGO, EPF, BSV (vaginal), BSU (uretral), EAS (urina tipo I), VDRL, HIV, Widal, P. Leishmania, P. BAAR Linfa-Hanseniose, P. BAAR Escarra-Tuberculose, Hemoscopia-Malaria, teste de pezinho, teste de gravidez. O município não tem laboratório para examinar amostras de Papa Nicolau, também não tem aparelho para fazer mamografia, endoscopia, tomografia e ressonância magnética; o usuário que precise desses exames tem que viajar a Macapá (a capital do estado), ou em algum dos casos podem fazer exames pagos nas clínicas particular que sem tem Mamógrafo, aparelho de Ultra-ssom e Endoscópio, nos casos de pesquisa de câncer de colo de útero (PCCU), também tem mulheres que faz exame particular pago, mas a secretaria de saúde do município faz ações de PCCU nas comunidades quando coordena com um laboratório de outro estado para enviar as mostras de exame de citologia.

Eu trabalho na UBS Buritizal que embora fique um pouco distante da cidade é uma UBS urbana com modelo de atenção Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem uma equipe de saúde, onde trabalhamos uma médica clínica geral ou médica de família (eu), uma enfermeira, quatro técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS), além dos componentes da equipe mínima de saúde da família, a UBS também tem um administrador (nossa diretora do centro), uma auxiliar de serviços gerais de limpeza e um agente de segurança, ainda não temos instituições de ensino em nossa área de atenção.

Nossa UBS tem vínculos com o Sistema Único de Saúde (SUS) porque formamos parte dele, nossa equipe de Saúde da Família tem composição multiprofissional e trabalha de forma interdisciplinar, temos como estratégia a substituição da Atenção Básica tradicional, somos responsáveis pela atenção integral continuada à saúde de nossa população de abrangência, ficamos engajados em conhecer os indivíduos de nossa área de saúde, famílias e recursos disponíveis de nossas comunidades; na busca ativa de nossos usuários e suas famílias para o acompanhamento ao longo do tempo dos processos de saúde e doença que os

acometem ou poderão os acometer; do acolhimento; e do atendimento humanizado e contínuo para nossos usuários.

A unidade tem o padrão de estrutura física proposta pelo SUS, tem uma rampa na entrada principal que permite a entrada mais fácil dos cadeirantes e deficientes, tem uma Sala de Espera com um bebedouro, também têm a área de recepção com cadeiras, mesa de escritório e arquivos fichário de metal; tem três consultórios com mesa tipo escritório, cadeiras, cesto de lixo, esfigmomanômetro e estetoscópio para cada profissional, mas só temos uma balança antropométrica para toda a UBS, não temos otoscópio; o prédio tem também a área administrativa com uma mesa tipo escritório, cadeiras, quadro de avisos e cesto de lixo; consta de uma sala de curativos ou procedimentos com foco de luz, balde cilíndrica porta detritos com pedal, escada de dois degraus, mesa auxiliar, mesa para exames, suporte de soro, armário vitrine, estetoscópio, esfigmomanômetro, cilindro de oxigênio, nebulizador, glicosímetro e cadeira de rodas. A UBS tem uma sala de vacina com caixa térmica, refrigerador para vacina, armário vitrine, balde cilíndrico porta detritos com pedal, cadeiras, mesa de escritório e cesto de lixo; uma sala de Nebulização com central de nebulização, cadeiras, armário vitrine, mesa tipo escritório, cesto de lixo e balde cilíndrica porta detritos com pedal; tem a sala de utilidades, armários de aço, escada e cesto de lixo; consta também de uma farmácia com armários de aço, estante modulada, cesto de lixo, cadeiras e mesa de escritório; uma Copa/Cozinha com mesa para refeições e cesto de lixo; além a isso consta com uma central de material e esterilização com uma autoclave, também tem uma área para compressor e bomba, dois sanitários para os dois sexos, masculino e feminino, com boa dimensão para entrar um cadeirante, tem um banheiro para funcionários área de serviço e tem depósito de material de limpeza e depósito de lixo com abrigo de resíduos sólidos (expurgo, local destinado ao acondicionamento do lixo contaminado), prevendo a separação entre resíduo comum e biológico em um ambiente ventilado, porem com proteção contra roedores, tem ambiente com área mínima de 4m² com dimensão mínima de 1,50m; também constam de uma grande sala de reuniões com mesa de reuniões, cadeiras, quadro de avisos e cesto de lixo onde também se reúnem os ACS, porque não temos sala especifica para os ACS, também não tem almoxarifado, consultório ginecológico, consultório odontológico, escovário, sala de utilidades, nem sala para coleta, mas temos como estratégias fazer os exames ginecológicos na própria maca da consulta e os usuários mantêm

acompanhamento odontológico com o odontologista da unidade básica da Castanheira; temos uma energia elétrica muito fraca que não permite usos de ar condicionado, mas temos ventiladores e todas as janelas ficam sempre bem abertas para permitir a boa ventilação e evitar a contaminação ambiental e o contágio de doenças respiratórias de um a outro usuário e ao pessoal de saúde; então eu considero muito positiva a estrutura do prédio que foi construída sem barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física, com boa ventilação com muitas janelas, boa iluminação e um corredor amplo que permite o acesso sem dificuldade a todas as áreas.

A equipe presta um conjunto de ações de saúde, individual ou coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, e com nossas atribuições conseguimos a definição do território de atuação com programação e com a implementação das atividades de atenção à saúde, mas não buscamos desenvolver ações que priorizem todos os grupos de risco e os fatores de risco clínico comportamentais, como é o caso da prevenção de câncer de colo de útero nas mulheres em idade de risco, logramos educar a nossa equipe de saúde na importância de realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, com prioridade ao atendimento às urgências em dependência as suas necessidades de saúde tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea, mas ainda não logramos que toda nossa população tem preferência por nossos serviços de saúde, algumas pessoas mantêm a preferência de assistir ao hospital aumentando a demanda assistencial no pronto socorro por isso temos que promover muito mais a atenção integral, contínua e organizada à população adstrita temos que incrementar a atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território e as ações educativas que interferem no processo de saúde e doença dos usuários e da população toda, manter e aumentar a atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados ou compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, também participando no planejamento local de saúde assim como do monitoramento e a avaliação das ações de nossa equipe, temos que aumentar as palestras e atividades de saúde popular engajando a toda nossa população para ampliar a autonomia e a capacidade de cada cidadão na

construção do cuidado à saúde individual e coletiva para ampliar o cumprimento de nossas atribuições.

Nossa UBS tem um total de 2112 habitantes na área adstrita, deles 1178 são do sexo feminino e 934 são do sexo masculino; temos 289 crianças menores de 14 anos de elas 31 menores de um ano e 28 menores de dois anos de idade; temos 701 mulheres em idade fértil de 10 a 49anos de idade e 59 idosos maiores de 60 anos de idade; quantidade muito bem adequada ao tamanho da estrutura da UBS e da nossa equipe de saúde, por isso não temos excesso de demanda espontânea e não temos dificuldades ao acolhimento da população.

Em relação á atenção á demanda espontânea não temos excesso dela e não temos nenhuma dificuldade, os usuários têm bom acolhimento, desde que entram na UBS são classificados de acordo coma idade, a doença que apresentam, ou urgência desta, e os usuários com necessidades de atendimento odontológico são encaminhados à UBS a Castanheira para garantir este serviço.

Em nossa UBS são realizadas ações de atenção à saúde da criança, na faixa etária de zero a seis ano de idade.Temos uma cobertura de 69%, ou seja, 31crianças menores de um ano residentes na área da UBS são acompanhadas(o estimado para a área de abrangência segundo o CAP é de 45 crianças), delas 28 (90%) crianças têm consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde algumas delas foram captadas depois de sete dias de nascidas porque vieram novas para nossa área, mas 3 (10%) ficam com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, porque as mães ficam trabalhando ou simplesmente não levam ao filho á consulta programada, 25 (81%) tem feito o Teste do pezinho até sete dias. Temos 22(71%) primeiras consultas de puericultura nos primeiros sete dias de vida, algumas de elas foram captadas depois de 7 dias de nascidas porque veneram novas para nossa área e temos 28 (90%) crianças com triagem auditiva, monitoramento do crescimento na última consulta 28 (90%), monitoramento do desenvolvimento na última consulta 28(90%), vacinas em dia 28(90%), avaliação de saúde bucal 28 (90%), orientação para aleitamento materno exclusivo 28(90%) e orientação para prevenção de acidentes 28(90%), porque concorda com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

Realizamos consultas programadas e visitas domiciliares segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida e patologias. Não temos um registro específico e não realizamos monitoramento regular destas ações; também temos que aumentar

a pesquisa para aumentar a cobertura da atenção à saúde da criança, fazer mais ações de promoção de saúde e trabalhar muito mais no engajamento público, na escuta das propostas de nossa comunidade e na educação para a saúde de nossa população tem que educar as pessoas sobre a importância de fazer exame de pezinho a recém nascido, de levar a ele à consulta de puericultura e lograr maior qualidade de atendimento e aumentar nossa cobertura e também lograr maior adesão da população às ações propostas, além de isso tem que abrir registros específicos de atendimento de consulta para esta faixa etária e levar o planejamento e monitoramento das ações feitas; todos os diferentes membros da equipe de saúde trabalharam juntos em todas as ações da saúde, na promoção de saúde e prevenção de doenças, mas temos que reforçar nossos esforços.

Outro grupo da população com acompanhamento por nossa equipe são as grávidas, a cobertura de pré-natal é de 22 (69%) das gestantes residentes na área e acompanhadas na UBS (o estimado para a área de abrangência segundo o CAP é de 31 gestantes), as 22(100%) gestantes têm feitas as consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde. Todas tem solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, assim como a vacina antitetânica conforme protocolo, prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo, exame ginecológico por trimestre, avaliação de saúde bucal 22 e orientação para aleitamento exclusivo. Todas recebem ações para atenção ao pré-natal por meio de consultas programadas com a enfermeira e a clinica geral (eu), além disso, realizamos as visitas domiciliares e ações de grupo com os ACS, técnico de enfermagem, a enfermeira e a medica, mas também não contamos com um registro específico nem realizamos monitoramento regular destas ações, também temos que aumentar as pesquisas para ampliar cobertura da atenção à gestante e trabalhar mais educando a nossa população e fomentar o engajamento de todos, para lograr maior adesão às ações de saúde propostas então lograr melhor qualidade da atenção à saúde, à qualidade dos registros, ao planejamento e monitoramento das ações, às atividades de educação em saúde, todos os diferentes membros da equipe de saúde tem participação ativa em cada ação realizada, mais temos que trabalhar ainda mais.

Com relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, a cobertura é de 11% (o estimado para a área de abrangência segundo o CAP é de 447), 49 mulheres acompanhadas entre 25 e 64 anos de idade. Os

indicadores de qualidade avaliados também estão ruins, só 11 (22%) mulheres fizeram o exame citopatológico porque o Papa Nicolau só é feito por ações de saúde, por falta de um laboratório em nosso município para examinar as mostras, então ficam 38 (78%) mulheres com mais de 6 meses de atraso, temos 2 (4%) exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado, mas 49 (100%) mulheres tem feita avaliação de risco para câncer de colo de útero, orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e orientação sobre doença sexualmente transmissíveis (DSTs) porque falamos sobre essas questões através de palestras com material didático, cartilhas, folders e panfletos.

No caso de câncer de mama a cobertura é de 22 (24%) mulheres entre 50 e 69 anos de idade (o estimado para a área de abrangência segundo o CAP é de 92 mulheres); os indicadores da qualidade não ficam bom, porque temos só 2 (9%) mamografia em dia e 20 (91%) mamografia com mais de 3 meses em atraso porque em o município não temos mamógrafo para fazer o exame de graça, mas temos as 22 (100%) mulheres com avaliação de risco para câncer de mama e orientação sobre prevenção do câncer de mama. Reforçamos a importância do exame e autoexame de mama periódico para a pesquisa oportuna de qualquer anomalia da morfologia do tecido mamário; também indicamos ultrassonografia (USG) de tecido brando para a mama em caso de detectar alguma anomalia, e avaliamos á usuário com o especialista, mas não temos o controle adequado destas doenças, também não contamos com um registro específico nem realizamos monitoramento regular destas ações, por isso temos que insistir no engajamento de as entidades estaduais para fazer de jeito continuado a pesquisa destas doenças com ajuda da coordenação com laboratórios de outros estados e lograr um engajamento público para aumentar a adesão da população às ações propostas e melhorar a qualidade da atenção à saúde, fazer um livro de registro para pesquisas de câncer de colo e mama, e ter maior qualidade dos registros e do planejamento e monitoramento das ações, temos que reforçar nossas atividades de educação em saúde e a participação dos diferentes membros de nossa equipe de saúde.

Também fazemos atendimento e acompanhamento aos hipertensos com cobertura de 19% (o estimado para a área de abrangência segundo o CAP é de 371 usuários), ou seja, 70 pessoas com esta doença crônica e uma cobertura de 15%, ou seja 16 diabéticos (o estimado para a área de abrangência segundo o CAP é de 106 usuários), acho que temos que ampliar esta cobertura porque temos mais

pessoa na população com fatores de risco que não fazem acompanhamento. Os indicadores da qualidade da atenção à hipertensão arterial sistêmica (HAS) avaliados são 58 (83%) hipertensos que tem realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, porque fazemos ananases e exame físico completo nas consultas, mas não temos oftalmoscópio para fazer fundo de olho, os outros usuários precisarem de todos os exames para estudo de HAS, mas não temos aparelho para fazer eletrocardiograma (ECG), também não podemos fazer USG conforme a demanda, e a população tem poucos recursos para pagar eles, então alguns os fazem, outros não fazem, e os mais precisados são feitos de urgência no pronto socorro, mas temos laboratório de graça para exame de sangue, temos 11 (16%) usuários com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias porque temos problemas de assistência ao trabalho dos agentes comunitários, temos 58 (83%) usuários exames complementares periódicos em dia. Todos os hipertensos tem orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável, mas só 38 (54,2%) tem avaliação de saúde bucal em dia porque não temos odontologista em nossa unidade, o atendimento é combinado com o odontologista da UBS a Castanheira e não todos os usuários assistem à consulta.

Com relação aos indicadores da qualidade da atenção à Diabetes avaliados os 16 (100%) diabéticos têm realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, porque fazemos ananases e exame físico completo nas consultas, 3 (19%) tem atraso da consulta agendada em mais de 7 dias porque temos problemas de assistência ao trabalho dos agentes comunitários, temos 11 (69%) usuários com exames complementares periódicos em dia, porque embora temos laboratório de graça para exame de sangue temos muita demora por falta de reativos e materiais de laboratório, mas todos os diabéticos acompanhados tem feito exame físico dos pés nos últimos 3 meses, tem palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, tem feita medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses e tem orientação sobre prática de atividade física regular. A todos são realizadas consultas programadas, visitas domiciliares, ações de promoção da saúde em grupo, e controle destas doenças, mas não contamos com um protocolo ou manual técnico, nem com um registro específico, nem realizamos monitoramento regular destas ações; ainda temos muito que trabalhar para ter um maior controle destas doenças e identificar mais casos em nossa comunidade, tem que aumentar

as pesquisas e visitas domiciliar para aumentar a cobertura, usar nossa governabilidade para fazer mais ações de promoção de saúde, organizar mais nosso trabalho, nossa equipe de saúde, com uma assistência completa de todos os integrantes e realizar sempre ao usuário uma avaliação integral do ponto de vista bio-psico-social aplicando o método clínico, identificando e controlando os fatores de risco modificáveis, engajar a toda a população para aumentar a adesão das pessoas às ações propostas e melhorar a qualidade da atenção à saúde, fazer um registro de atendimento a estes grupos de doenças crônicas não transmissíveis e ter mais qualidade destes registros, e planejamento e monitoramento destas ações aumentarem as atividades de educação em saúde e melhorara muito mais a participação dos diferentes membros da equipe de saúde em todas as atividades.

Fazemos acompanhamento da população idosa, temos uma cobertura de 55%, ou seja, 59 idosos (para um estimado pelo CAP de 108 usuários idoso). Os indicadores da qualidade não são os melhores porque não temos Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, acho que por falta de gestão; temos 38 (64%) usuários com realização de avaliação multidimensional rápida e acompanhamento em dia, porque é muito difícil lograr que o usuário idoso assista a sua consulta programada e temos problemas de assistência ao trabalho dos agentes comunitários que ajudam a gente no acompanhamento domiciliar ao usuário, dificultando fazer o diagnóstico multidimensional do idoso. Temos 22 (37%) com Hipertensão Arterial Sistêmica e 9 (15%) com Diabetes mellitus; temos 51 (86%) com avaliação de risco para morbimortalidade e com investigação de indicadores de fragilização na velhice. Também temos 55 (93%) usuários com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular; com uma avaliação de saúde bucal em dia temos 41 usuários (69,4%), a maioria feita por nossa equipe de saúde porque são usuários endentados total (sem dentes) onde não é preciso buscar caries dental mais temos que pesquisar os fatores de riscos de câncer bucal na mucosa deles. Fazemos consultas programadas e, visitas ao domicilio, tendo em conta os critérios de problemas de saúde, patologias e dificuldades para o acesso dos usuários ao unidade de saúde de saúde, ações de promoção de saúde, e prevenção e controle de doenças crônicas e acidentes na casa como quedas, muito comum neste grupo de idade, mas não temos um protocolo ou manual técnico, não contamos com um registro específico nem realizamos monitoramento regular destas ações, embora neste município a maioria das pessoas é emigrante que chegarem

de outras cidades em procura de vagas, acho que temos que aumentar as pesquisas, as visitas domiciliares e ações de saúde a fim de aumentar a cobertura da atenção à saúde dos idosos temos que engajar a toda a população no cuidado destas pessoas mais velhas e buscar a adesão da comunidade às ações propostas, temos que melhorar as qualidade dos registros, e planejamento e monitoramento das ações, fazendo livros de registros de cada ação em este faixa etária temos que fazer mais atividades de educação em saúde e aumentar a participação dos diferentes membros da equipe de saúde.

Para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos nossos usuários, priorizamos através das consultas medicas o encaminhamento para a realização da consulta odontológica tendo em conta a agenda de saúde bucal em coordenação com a coordenadora de atenção básica, a secretaria de saúde e o odontologista de outra UBS, a unidade Castanheira, que combinaram entre eles um dia de consulta para os usuários de nossa comunidade.

O melhor recurso que a unidade apresenta é a edificação ou prédio, que se encontra bem perto da população, facilitando o acesso, os maiores desafios são buscar a melhora da cobertura de nossa população, sabemos que devido à instabilidade das pessoas, ocorrem muitas mudanças e muitas pessoas não tem endereço fixo; os aspectos levantados nos questionários e nos cadernos das ações programáticas que me surpreenderam foram todos os dados referidos ao controle e registros, que estão desatualizados em minha unidade básica de saúde e são aspectos que estamos mudando em função da própria aplicação destes questionários. É importante ressaltar que todos os indicadores foram calculados com base na estimativa gerada pelo Caderno de Ações Programáticas, e ao longo da intervenção, com a melhora dos registros poderemos melhorar os índices dos indicadores.

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

Relendo o texto da segunda semana de ambientação e fazendo uma comparação com este relatório, pude me dar conta que ficava desorientada e muito desorganizada no conhecimento de nosso trabalho como equipe de saúde da

família, nossas atribuições, governabilidade e não prestava a atenção adequada na nossa unidade de saúde, na sua adequação como estrutura física e os aspectos positivos e as deficiências que mais atrapalham o desenvolvimento do trabalho na UBS, também não via as dificuldades relativas á qualidades de nosso atendimento e ações de saúde, nem podia avaliar os aspectos positivos e as dificuldades relativas à cobertura da atenção em todas as faixas etárias. Mas agora consigo entender muito melhor tudo o que acontece com nossa equipe e nossa unidade, ficamos melhor organizados, encontramos as dificuldades que fazem mal para o desenvolvimento de nosso trabalho, para dar prioridades a resolver cada um deles tendo presente nossa atribuição como equipe de saúde e individual como integrante da equipe, conhecendo nossa governabilidade para conseguir resolver estes problemas que afetam a qualidade de nosso trabalho, mas sempre tendo como princípios fundamentais a universalidade, integralidade e equidade para o atendimento de nossa população, eu acho importante iniciar por engajar a nós mesmos para depois engajar outros profissionais de saúde a população, o poder público e os gestores conhecendo seu objetivo de promover a apropriação pela população da política de saúde pública em participação nas escolhas e decisões, em controle do planejamento e execução das atividades de saúde e a responsabilização pela própria saúde individual e também pela saúde coletiva.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, a prevalência da HAS no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média). Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados as duas doenças. O DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS), (BRASIL 2013). A ação programática é importante em qualquer contexto da atenção primária a saúde, o trabalho na comunidade permite aos profissionais da saúde fazer promoção de saúde, e prevenir doenças em qualquer momento, lugar e com diferentes jeitos para conseguir engajar a toda a população, não tem restrição de idade, sexo, raça, situação econômica ou nível escolar, o propósito é que toda a população tenha o mesmo direito aos serviços de saúde.

A estrutura de nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) Buritizal tem o padrão de estrutura física proposta pelo SUS, tem uma rampa, uma sala de espera, uma área de recepção, três consultórios, a área administrativa, uma sala de curativos, uma sala de vacina, uma sala de Nebulização, uma sala de utilidades, uma farmácia, uma copa/cozinha, uma central de material e esterilização, uma área para compressor, e dois sanitários. A equipe de saúde, esta constituída por uma médica clínica geral ou médica de família (eu), uma enfermeira, quatro técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS).

A população da nossa área adstrita é de 2112 habitantes, mas participarão da intervenção 1661 pessoas na faixa etária de 20 anos ou mais. Com relação aos portadores de diabetes e hipertensão temos uma cobertura de 15% o seja 16 dos

usuários diabéticos, e 19% o seja 70 dos usuários hipertensos. A equipe tem consciência que precisa aumentar esta cobertura porque sabemos que existem mais pessoas na população com essas doenças e com fatores de risco que não fazem acompanhamento, também não contamos com um protocolo ou manual técnico, registro específico, nem realizamos monitoramento regular destas ações. Precisamos aumentar as pesquisas e visitas domiciliares para aumentar a cobertura, usar nossa governabilidade para fazer mais ações de promoção de saúde, realizar sempre ao usuário uma avaliação integral do ponto de vista bio-psico-social aplicando o método clínico, identificando e controlando os fatores de risco modificáveis, buscaremos engajar toda a população para aumentar a adesão das pessoas às ações propostas e melhorar a qualidade da atenção à saúde para conseguir melhorar os indicadores da qualidade.

Atualmente, realizamos para os usuários com HAS e DM acompanhados na unidade, ações de promoção da saúde para hipertensos e diabéticos e garantimos orientação sobre higiene bucal, nutrição saudável, prática regular de atividade física e sobre os riscos do tabagismo, orientando os hipertensos e diabéticos, seus familiares e toda a comunidade sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, também incentivamos a prática de atividade física regular, a higiene bucal e a alimentação saudável, mas temos que melhorar a qualificação da prática clínica, porque não existem um 100 % da cobertura destas doenças cadastradas, também não temos os registros atualizados onde fiquem estas ações de saúde e também não existe uma boa capacitação da equipe.

Toda nossa equipe está envolvida na realização deste projeto, cada um dos integrantes está comprometido para cumprir com suas atribuições, visando melhorar sua preparação em relação ao trabalho e seu engajamento com a sociedade e o SUS, para melhorar os indicadores de HAS e DM, e conseguir uma atenção de saúde muito mais favorável aos hipertensos e diabéticos de nossa área de saúde.

Por ora acho que não temos dificuldades ou limitações existentes para conseguir o desenvolvimento correto deste programa, nossa equipe de saúde escolheu como tema de intervenção as doenças HAS e DM porque as pessoas de nossa comunidade têm modo e estilos de vida pouco saudável contribuindo a alta incidência e prevalência destas doenças que ficam ocultas em nossa população. Os aspectos que viabilizam a realização da intervenção é que temos uma UBS com todas as condições criadas, tanto estruturais como profissional, neste momento

temos nossa equipe de saúde completa com todos seus Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnico de enfermagem, enfermeira e eu que sou a medica, todos muito comprometidos com nosso trabalho, hoje temos os medicamentos e os exames de laboratório e aparelhos prontos para complementar o que precisamos para a realização desta intervenção.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral:

Melhorar a Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus, na UBS Buritizal, Laranjal do Jarí/AP

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 para HAS e DM.
- 5 - Mapear aos hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
- 6 - Promoção de saúde dos hipertensos e diabéticos.

2.2.3 Metas:

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1:Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 2:Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2:Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 3:Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 4:Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta5:Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta6:Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta7:Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta8:Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 9:Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 10:Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Relativas ao objetivo 3:Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 11:Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 12:Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 4:Melhorar o registro das informações para HAS e DM.

Meta 13:Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 14:Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 5:Mapear aos hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta15:Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta16:Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 6: Promoção de saúde dos hipertensos e diabéticos.

Meta 17:Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 18:Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 19:Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 20:Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 21:Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 22:Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 23:Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 24:Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido a modo de intervenção no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Buritizal, no Município de Laranjal do Jarí/AP. Participarão da intervenção aproximadamente 477 pessoas (soma do número de hipertensos e diabéticos estimado pelo CAP), na faixa etária de 20 anos ou mais.

2.3.1 Detalhamento das ações:

Objetivo 1: ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1 - Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Eixo 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: Iremos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica por meio do livro de registro, fichas espelho e cartão de acompanhamento dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Eixo organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Para garantir o registro dos hipertensos atualizados, utilizaremos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica os livros de registro e ficha espelho, que nos permita preencher nomes e sobrenomes dos usuários, com seus endereços, para possibilitar o monitoramento e avaliação. O técnico de enfermagem realizará a atualização dos dados.

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

Detalhamento: Para melhorar o acolhimento presente em todas as relações de cuidado, iremos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, receber e escutar as pessoas e que pode acontecer de formas variadas: na recepção por um técnico auxiliar de enfermagem, com a preparação dos integrantes da equipe para dar orientações e respostas satisfatórias a cada usuário e conseguir uma classificação certa dependendo do grupo de riscos para um melhor acompanhamento destes usuários.

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

Detalhamento: Para garantir o material adequado o gerente da unidade básica de saúde (UBS) ficará responsável pela garantia do material adequado para a tomada da medida da pressão arterial fazendo uma checagem mensal do esfigmomanômetro, manguito, fita métrica e balança com boa calibração destes aparelhos.

Eixo referente engajamento público

Ações:

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

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

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

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

Detalhamento: A enfermeira, técnico de enfermagem, ACS e eu (médica) orientaremos a comunidade através de palestras, reuniões de grupo, materiais de informação, banners, murais e radio sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM e HAS, suas complicações, e sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus em nossa unidade de saúde, orientando a comunidade sobre a importância do rastreamento e mapeamento para pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg tendo sempre na sala de espera da UBS um esfigmomanometro bem calibrado e o pessoal preparado para a toma de pressão a qualquer usuário que precise, também a enfermeira, técnico de enfermagem, ACS e eu informaremos a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos , pelo menos anualmente e sobre o rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Eixo qualificação da prática clínica

Ações:

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

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

Detalhamento: A enfermeira irá capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda nossa área de abrangência e também todos os trabalhadores de nossa equipe de saúde para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa,

incluindo uso adequado do manguito dando aulas de formação em nossa UBS, nas reuniões de equipe.

Meta 1.2 Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Eixo 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: A enfermeira e a técnico de enfermagem por meio do livro de registro, fichas espelho e cartão de acompanhamento dos usuários portadores de Diabetes Mellitus, realizaram o monitoramento do número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Para garantir o registro dos diabéticos atualizados, eu (a médica) vou utilizar os livros de registro e fichas espelho.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Detalhamento: Para melhorar o acolhimento presente em todas as relações de cuidado, iremos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, receber e escutar as pessoas e que pode acontecer de formas variadas: na recepção por um técnico auxiliar de enfermagem, com a preparação dos integrantes da equipe para dar orientações e respostas satisfatórias a cada usuário e conseguir uma classificação certa dependendo do grupo de riscos para um melhor acompanhamento destes usuários.

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

Detalhamento: Para garantir o material adequado o gerente da unidade básica de saúde (UBS) ficará responsável pela garantia do material adequado a realização do hemoglicoteste.

Eixo engajamento público

Ações:

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

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

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

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

Detalhamento: A enfermeira, técnico de enfermagem, ACS e eu orientaremos á comunidade através de palestras, reuniões de grupo, materiais de informação, banners, murais e radio sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM e HAS, suas complicações, e sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus em nossa unidade de saúde, orientando a comunidade sobre a importância do rastreamento e mapeamento para pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg tendo sempre na sala de espera da UBS um esfigmomanometro bem calibrado e o pessoal preparado para a toma de pressão a qualquer usuário que precise, também a enfermeira, técnico de enfermagem, ACS e eu a doutora informaremos a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos , pelo menos anualmente e sobre o rastreamento para DM em adultos compressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Eixo da qualificação da prática clínica

Ações:

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

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

Detalhamento: A enfermeira capacitará os agentes comunitários de saúde (ACS) para o cadastramento dos diabéticos de toda nossa área de abrangência e também todos os trabalhadores de nossa equipe de saúde para identificação dos adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, assim como para realização do hemoglicoteste, dando aulas de formação em nossa UBS, nas reuniões de equipe.

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

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

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: A enfermeira, técnico de enfermagem, e eu iremos monitorar a realização de exames clínicos apropriados dos usuários hipertensos (desde a coleta de histórico familiar e pessoal, fatores de risco predisponente, toma adequada de pressão arterial, hasta a avaliação de todos os pulsos, dos pés e de cada sistema bem examinado tanto para diabéticos como hipertensos), no livro de registro, ficha espelho e nos prontuários deles durante as consultas.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

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

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

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Vamos definir, em reunião de equipe, as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos, desde os ACS e a técnica de enfermagem quando acolhem ao usuário, até o acompanhamento na consulta com a enfermeira ou médica; será organizada uma capacitação inicial

antes do início da intervenção e atualização mensal dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde para HAS, nas reuniões da equipe onde disponibilizaremos a versão atualizada do protocolo impressa que será solicitada para a coordenadora de atenção básica do município.

Eixo 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: Vamos fazer ações como: palestras por parte de toda a equipe, os ACS, a técnica de enfermagem, enfermeira e eu a medica; utilizaremos banners e murais, além de conversas e distribuição de materiais educativos sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente nos diabéticos e hipertensos, e por isso a importância de assistir as consultas.

Eixo qualificação da prática clínica

Ação:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: A enfermeira, e eu vamos realizar nas reuniões de equipe uma capacitação de toda equipe para: a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos vamos realizar nas reuniões de equipe uma capacitação de toda equipe para: a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

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

Eixo do monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: A enfermeira, técnico de enfermagem, e eu iremos monitorar a realização de exames clínicos apropriados dos usuários diabéticos no livro de registro, ficha espelho e nos prontuários deles durante as consultas.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

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

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

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Vamos definir, em reunião de equipe, as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos, desde a comunidade pôr o ACS, a técnica de enfermagem quando acolhe ao usuário, até o acompanhamento na consulta com a enfermeira ou médica; será organizada uma capacitação inicial antes do início da intervenção e atualização mensal dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde para DM e HAS, nas reuniões da equipe onde disponibilizaremos a versão atualizada do protocolo impressa que será solicitada para a coordenadora de atenção básica do município.

Eixo 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: Vamos fazer ações como: palestras por parte de toda a equipe, os ACS, a técnica de enfermagem, enfermeira e médica; utilizaremos banners e murais, além de conversas e distribuição de materiais educativos sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente nos diabéticos e hipertensos, e por isso a importância de assistir as consultas.

Eixo qualificação da prática clínica

Ação:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Vamos realizar nas reuniões de equipe uma capacitação de toda equipe para: a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos vamos realizar nas reuniões de equipe uma capacitação de toda equipe para: a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

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

Eixo do monitoramento e avaliação

Ações:

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

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem, enfermeira e médica iremos monitorar a solicitação dos exames laboratoriais de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e a periodicidade recomendada, no livro de registro, ficha espelho e nos prontuários durante as consultas.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Outra ação para fazer como equipe a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica é garantir com o gestor municipal e o administrador de nossa unidade a agilidade à solicitação e realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta destes exames complementares preconizados para diabéticos e hipertensos, a través da coordenação dos gerentes do laboratório e da UBS com ajuda dos ACS.

Eixo engajamento público

Ações:

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

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

Detalhamento: Vamos fazer ações como: palestras por parte de toda a equipe, os ACS, a técnica de enfermagem, enfermeira e médica; utilizaremos banners e murais, além de conversas e distribuição de materiais educativos sobre a necessidade de realização e periodicidade de exames complementares e sobre a periodicidade com que devem ser realizados.

Eixo qualificação da prática clínica

Ação:

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

Detalhamento: Vamos realizar nas reuniões de equipe uma capacitação de toda equipe para a utilização do protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

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

Eixo do monitoramento e avaliação

Ações:

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

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

Detalhamento: Iremos monitorar a técnica de enfermagem, enfermeira, e médica a solicitação dos exames laboratoriais de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e a periodicidade recomendada, no livro de registro, ficha espelho e nos prontuários durante as consultas.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Outra ação para fazer como equipe a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica é garantir com o gestor municipal e o administrador de nossa unidade a agilidade à solicitação e realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta destes exames complementares preconizados para diabéticos e hipertensos, através da coordenação dos gerentes do laboratório e da UBS com ajuda dos ACS.

Eixo engajamento público

Ações:

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

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

Detalhamento: Vamos fazer ações como: palestras por parte de toda a equipe, os ACS, a técnica de enfermagem, enfermeira e médica; utilizaremos banners e murais, além de conversas e distribuição de materiais educativos sobre a necessidade de realização e periodicidade de exames complementares e sobre a periodicidade com que devem ser realizados.

Eixo qualificação da prática clínica

Ação:

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

Detalhamento: Vamos realizar nas reuniões de equipe uma capacitação de toda equipe para a utilização do protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

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

Eixo do monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Iremos monitorar a través da técnica de enfermagem, e enfermeira o acesso aos medicamentos da farmácia popular e o controle de estoque incluindo vales de medicamentos, mantendo um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde através de livros de controle.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

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

Detalhamento: Também realizaremos a técnica de enfermagem, enfermeira e médica o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, e manteremos um registro por meio de um livro, das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo 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: Toda a equipe irá por meio de palestras, visitas domiciliares, e nas consultas 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.

Eixo qualificação da prática clínica

Ações:

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

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

Detalhamento: Vamos realizar nas reuniões de equipe uma capacitação de toda equipe para a atualização do profissional no tratamento da

hipertensão e adequada orientação dos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia

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

Eixo do monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Iremos a técnica de enfermagem, enfermeira e médica monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular e o controle de estoque incluindo vales de medicamentos, mantendo um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde através de livros de controle.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

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

Detalhamento: Também realizaremos a técnica de enfermagem, enfermeira e médica o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, e manteremos um registro por meio de um livro, das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo 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: Vamos fazer ações como: palestras por parte de toda a equipe, os ACS, a técnica de enfermagem, enfermeira e médica; utilizaremos banners e murais, além de conversas e distribuição de materiais educativos para 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.

Eixo qualificação da prática clínica

Ações

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

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

Detalhamento: Vamos realizar nas reuniões de equipe uma capacitação de toda equipe para a atualização do profissional no tratamento da hipertensão e adequada orientação dos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia

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

Eixo do monitoramento e avaliação

Ações:

Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Vamos monitorar a enfermeira, e médica a necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos com um exame bucal na consulta médica, descrever isso em seus prontuários e encaminhar ao dentista quando necessário.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos;

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

Detalhamento: Organizaremos a técnica de enfermagem, enfermeira e médica uma ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos tendo à conta a agenda de saúde bucal em coordenação com a coordenadora de atenção básica, a secretaria de saúde e o odontologista de outra

UBS, neste caso a Castanheira, para a realização da consulta odontológica dos diabéticos e hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico feita em nossa consulta médica, porque não contamos com este serviço em nossa unidade.

Eixo engajamento público

Ação:

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

Detalhamento: Vamos fazer ações como: palestras por parte de toda a equipe, os ACS, a técnica de enfermagem, enfermeira e médica; utilizaremos banners e murais, além de conversas e distribuição de materiais educativos sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Eixo qualificação da prática clínica

Ação:

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

Detalhamento: Vamos realizar nas reuniões de equipe uma capacitação de toda equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

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

Eixo do monitoramento e avaliação

Ações:

Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Vamos monitorar a enfermeira e médica a necessidade de atendimento odontológico dos usuários diabéticos com um exame bucal na consulta médica, descrever isso em seus prontuários e encaminhar ao dentista quando necessário.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

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

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

Detalhamento: Organizaremos a técnica de enfermagem, enfermeira e médica uma ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos tendo à conta a agenda de saúde bucal em coordenação com a coordenadora de atenção básica, a secretaria de saúde e o odontologista de outra UBS, em este caso a Castanheira, para a realização da consulta odontológica dos diabéticos e hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico feita em nossa consulta medica, porque não contamos com este sevcio em nossa unidade.

Eixo engajamento público

Ação:

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

Detalhamento: Vamos fazer ações como: palestras por parte de toda a equipe, os ACS, a técnica de enfermagem, enfermeira e médica; utilizaremos banners e murais, além de conversas e distribuição de materiais educativos sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Eixo qualificação da prática clínica

Ação:

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

Detalhamento: Vamos realizar nas reuniões de equipe uma capacitação de toda equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Objetivo3: 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.

Eixo do monitoramento e avaliação

Ação:

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

Detalhamento: Vamos monitorar a técnica de enfermagem, enfermeira e médica o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo ou consultas em dia consultando os livros de registros e as fichas espelho.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

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

Detalhamento: Realizaremos a técnica de enfermagem, enfermeira e médica visitas domiciliares para buscar os faltosos e iremos organizar a agenda ou livros para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Eixo engajamento público

Ações:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

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

Detalhamento: Iremos informar a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica à comunidade da importância das consultas médicas e o acompanhamento por nossa equipe de saúde para os hipertensos através de palestras e ações de saúde em todas as visitas domiciliares e consultas para evitar descompensação da sua doença e complicações que puderam provocar invalidez ou morte; temos que esclarecer aos portadores de hipertensão e a comunidade sobre a periodicidade

preconizada para a realização das consultas, através de todos os meios da informação, palestras, reuniões de grupo, materiais de informação, banners, murais, na rádio, na UBS, praças, parques ou domicílios; e escutar a nossa população sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão nas visitas domiciliares, consultas e reuniões com a comunidade na UBS ou praça.

Eixo qualificação da prática clínica

Ação:

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

Detalhamento: A enfermeira, e médica vamos capacitar os ACS para a orientação aos hipertensos quanto a assistir às consultas periódicas e a importância do cumprimento do tratamento não farmacológico e farmacológico para evitar complicações a través de aulas de formação na UBS.

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

Eixo do monitoramento e avaliação

Ação:

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

Detalhamento: Vamos monitorar a técnica de enfermagem, enfermeira e médica o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo ou consultas em dia consultando os livros de registros e as fichas espelho.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

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

Detalhamento: Realizaremos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica visitas domiciliares para buscar os faltosos e iremos organizar a agenda ou livros para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Eixo engajamento público

Ações:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

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

Detalhamento: Iremos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica informar á comunidade da importância das consultas medicas e o acompanhamento por nossa equipe de saúde para os diabéticos através de palestras e ações de saúde em todas as visitas domiciliares e consultas para evitar descompensação da sua doença e complicações que puderam provocar invalidez ou morte; temos que esclarecer aos portadores de hipertensão e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, através de todos os meios da informação, palestras, reuniões de grupo, materiais de informação, banners, murais, na rádio, na UBS, praças, parques ou domicílios; e escutar a nossa população sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes nas visitas domiciliares, consultas e reuniões com a comunidade na UBS ou praça.

Eixo qualificação da prática clínica

Ação:

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

Detalhamento: A enfermeira vai capacitar os ACS para a orientação aos hipertensos e diabéticos quanto a assistir ás consultas periódicas e a importância do cumprimento do tratamento não farmacológico e farmacológico para evitar complicações a través de aulas de formação na UBS.

Objetivo 4: melhorar o registro das informações para HAS e DM

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

Eixo do monitoramento e avaliação

Ação:

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

Detalhamento: Iremos a técnica de enfermagem, enfermeira, e médica monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados em nossa unidade de saúde fazendo livro de registro e ficha espelho.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem, enfermeira, e médica Vamos atualizar as informações do Sistema de Informação da atenção Básica (SIAB) com os dados dos usuários hipertensos, através de livros de registros porque não temos sistema de computação, temos que organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento dos hipertensos, 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 para os diabéticos e hipertensos a través dos prontuários de cada usuário, pactuar com a equipe o registro das informações e definir o responsável pelo monitoramento dos registros dos diabéticos e hipertensos, por exemplo, a técnica de enfermagem pode monitorar o cumprimento do SIAB; por último manter implantada e atualizada a ficha de acompanhamento para HAS.

Eixo engajamento público

Ação:

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

Detalhamento: Iremos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica por meio de palestrar comprometer toda nossa população orientando os usuários hipertensos e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, explicando a importância destes registros e sua atualização;

Eixo qualificação da prática clínica

Ação:

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

Detalhamento: Vamos capacitar, em reunião de equipe, toda nossa equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas e no preenchimento completo de prontuários, ficha de atendimento e de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos.

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

Eixo monitoramento e avaliação

Ação:

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

Detalhamento: Iremos a técnica de enfermagem, enfermeira, e médica monitorar a qualidade dos registros dos diabéticos acompanhados em nossa unidade de saúde fazendo livro de registro e ficha espelho.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de

exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Vamos a técnica de enfermagem, enfermeira, e médica atualizar as informações do Sistema de Informação da atenção Básica (SIAB) com os dados dos usuários diabéticos, através de livros de registros porque não temos sistema de computação, temos que organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento dos diabéticos, 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 para os diabéticos e hipertensos a través dos prontuários de cada usuário, pactuar com a equipe o registro das informações e definir o responsável pelo monitoramento dos registros dos diabéticos e hipertensos, por exemplo, a técnica de enfermagem pode monitorar o cumprimento do SIAB; por último manter implantada e atualizada a ficha de acompanhamento para DM.

Eixo engajamento público

Ação:

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

Detalhamento: Iremos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica por meio de palestrar comprometer toda nossa população orientando os usuários hipertensos e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, explicando a importância destes registros e sua atualização;

Eixo qualificação da prática clínica

Ação:

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

Detalhamento: Vamos capacitar, em reunião de equipe, toda nossa equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas e no

preenchimento completo de prontuários, ficha de atendimento e de todos os registros necessário ao acompanhamento dos diabéticos.

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

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

Eixo do monitoramento e avaliação

Ação:

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

Detalhamento: Iremos a técnica de enfermagem, enfermeira, e médica monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, através de livros de registros, fichas espelho e prontuários quando nas consultas médicas.

Eixo organização e gestão do serviço

Ação:

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Vamos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica priorizar o atendimento dos hipertensos avaliados como de alto risco com o exame físico correto através das visitas domiciliares e consultas medicas, e com a indicação de fundo de olho, eletrocardiograma e exames laboratoriais; e organizar a agenda para o atendimento desta demanda abrindo livros para esta ação.

Eixo engajamento público

Ações:

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

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

Detalhamento: Buscaremos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica engajar toda a população, orientando e esclarecendo aos usuários a través de palestras, reuniões de grupo, materiais de informação, banners, murais e todos os médios possíveis, quanto ao nível de risco dos diabéticos e hipertensos e à importância do acompanhamento regular e do adequado controle de fatores de risco modificáveis como incentivar a realização de exercícios físicos, evitar o mal hábito de fumar e o abuso do álcool e de uma dieta rica em carboidratos, gorduras, sal e substâncias nocivas para o organismo, fazer promoção de uma mudança de estilo e modo de vida que procure uma maior qualidade à saúde individual e coletiva, nas consultas, visitas domiciliares e reuniões com os usuários.

Eixo qualificação da prática clínica

Ações:

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

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

Detalhamento: Iremos capacitar aos integrantes da equipe para realizar estratificação de risco a diabéticos e hipertensos, em especial a avaliação da pele e dos pés, e capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação em livros e quanto á estratégias como reuniões de grupo e ações de saúde para o controle de fatores de risco modificáveis dos diabéticos e hipertensos a través de palestras na UBS.

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

Eixo do monitoramento e avaliação

Ação:

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

Detalhamento: Iremos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma

verificação da estratificação de risco por ano, através de livros de registros, fichas espelho e prontuários quando nas consultas médicas.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Vamos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica priorizar o atendimento dos diabéticos avaliados como de alto risco com o exame físico correto através das visitas domiciliares e consultas médicas, e com a indicação de fundo de olho, eletrocardiograma e exames laboratoriais; e organizar a agenda para o atendimento desta demanda abrindo livros para esta ação.

Eixo engajamento público

Ações:

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

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

Detalhamento: Buscaremos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica engajar toda a população, orientando e esclarecendo aos usuários a través de palestras, reuniões de grupo, materiais de informação, banners, murais e todos os meios possíveis, quanto ao nível de risco dos diabéticos e hipertensos e à importância do acompanhamento regular e do adequado controle de fatores de risco modificáveis como incentivar a realização de exercícios físicos, evitar o mal hábito de fumar e o abuso do álcool e de uma dieta rica em carboidratos, gorduras, sal e substâncias nocivas para o organismo, fazer promoção de uma mudança de estilo e modo de vida que procure uma maior qualidade à saúde individual e coletiva, nas consultas, visitas domiciliares e reuniões com os usuários.

Eixo qualificação da prática clínica

Ações:

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

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

Detalhamento: Iremos capacitar aos integrantes da equipe para realizar estratificação de risco a diabéticos e hipertensos, em especial a avaliação da pele e dos pés, e capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação em livros e quanto á estratégias como reuniões de grupo e ações de saúde para o controle de fatores de risco modificáveis dos diabéticos e hipertensos a través de palestras na UBS.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Eixo do monitoramento e avaliação

Ação:

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: Para monitorar a realização da orientação nutricional a enfermeira e médica vamos utilizar o livro de registro e fichas espelho.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

Detalhamento: Iremos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável para os hipertensos, envolveremos a nutricionista nesta atividade para que participe nas ações com estes grupos através de palestras na UBS.

Eixo engajamento público

Ação:

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

Detalhamento: Promoveremos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica ações para o envolvimento de toda a comunidade na prevenção e controle da HAS e DM orientando em cada visita domiciliar ou consulta com a enfermeira ou médica os hipertensos e diabéticos, seus familiares e toda a comunidade sobre a importância da alimentação saudável.

Eixo qualificação da prática clínica

Ações:

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

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

Detalhamento: Vamos capacitar a equipe sobre a promoção da alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde, em reuniões de equipe.

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

Eixo do monitoramento e avaliação

Ação:

Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento: Para monitorar a realização da orientação nutricional vamos utilizar a técnica de enfermagem, enfermeira, e médica o livro de registro e fichas espelho.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

Detalhamento: Iremos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável para os diabéticos, envolveremos a nutricionista nesta atividade para que participe nas ações com estes grupos através de palestras na UBS.

Eixo engajamento público

Ação:

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

Detalhamento: Promoveremos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica ações para o envolvimento de toda a comunidade na prevenção e controle da HAS e DM orientando em cada visita domiciliar ou consulta com a enfermeira ou médica os hipertensos e diabéticos, seus familiares e toda a comunidade sobre a importância da alimentação saudável.

Eixo qualificação da prática clínica

Ações:

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

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

Detalhamento: Vamos capacitar a equipe sobre a promoção da alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde, em reuniões de equipe.

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

Eixo do monitoramento e avaliação

Ação:

Monitorar a realização de orientação para a atividade física aos hipertensos.

Detalhamento: Para monitorar a realização da orientação para a atividade física vamos utilizar a enfermeira, e médica o livro de registro e fichas espelho, prontuário quando na consulta.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

Detalhamento: Iremos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica organizar práticas coletivas sobre a importância da prática de atividade física regular para os hipertensos, pediremos para gestor o envolvimento de um educador físico para que participe nas ações com estes grupos através de palestras na UBS.

Eixo engajamento público

Ação:

Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Promoveremos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica ações para o envolvimento de toda a comunidade na prevenção e controle da HAS e DM orientando em cada visita domiciliar ou consulta com a enfermeira ou médica os hipertensos, seus familiares e toda a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Eixo qualificação da prática clínica

Ações:

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a importância da prática de atividade física regular.

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

Detalhamento: Vamos capacitar a equipe sobre a importância da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde, em reuniões de equipe.

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

Eixo do monitoramento e avaliação

Ação:

Monitorar a realização de orientação para a atividade física aos diabéticos.

Detalhamento: Para monitorar a realização da orientação para a atividade física vamos utilizar a técnica de enfermagem, enfermeira, e médica o livro de registro e fichas espelho, prontuário quando na consulta.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

Detalhamento: Iremos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica organizar práticas coletivas sobre a importância da prática de atividade física regular para os diabéticos, pediremos para gestor o envolvimento de um educador físico para que participe nas ações com estes grupos através de palestras na UBS.

Eixo engajamento público

Ação:

Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Promoveremos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica ações para o envolvimento de toda a comunidade na prevenção e controle da HAS e DM orientando em cada visita domiciliar ou consulta com a enfermeira ou médica os diabéticos, seus familiares e toda a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Eixo qualificação da prática clínica

Ações:

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a importância da prática de atividade física regular.

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

Detalhamento: Vamos capacitar a equipe sobre a importância da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde, em reuniões de equipe.

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

Eixo do monitoramento e avaliação

Ação:

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento: Iremos realizar o monitoramento das orientações, no livro de registro, ficha espelho, e prontuário quando na consulta com a médica ou enfermeira.

Eixo organização e gestão do serviço

Ação:

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

Detalhamento: Solicitaremos a enfermeira, e médica ao gestor, a compra e envio para a unidade de medicamentos para o tratamento e abandono ao tabagismo, além do envolvimento do profissional psicólogo.

Eixo engajamento público

Ação:

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

Detalhamento: Orientaremos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica por meio de palestras, mural, folder, visitas domiciliares e consultas os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Eixo qualificação da prática clínica

Ações:

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

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

Detalhamento: Qualificaremos a equipe por meio de capacitações nas reuniões de equipe, sobre o tratamento de usuários tabagistas e metodologias de educação em saúde.

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

Eixo do monitoramento e avaliação

Ação:

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Detalhamento: Iremos realizar o monitoramento das orientações, no livro de registro, ficha espelho, e prontuário quando na consulta com a médica ou enfermeira.

Eixo organização e gestão do serviço

Ação:

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

Detalhamento: Solicitaremos a enfermeira, e médica ao gestor, a compra e envio para a unidade de medicamentos para o tratamento e abandono ao tabagismo, além do envolvimento do profissional psicólogo.

Eixo engajamento público

Ação:

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

Detalhamento: Orientaremos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica por meio de palestras, mural, folder, visitas domiciliares e consultas os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Eixo qualificação da prática clínica

Ações:

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

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

Detalhamento: Qualificaremos a equipe por meio de capacitações nas reuniões de equipe, sobre o tratamento de usuários tabagistas e metodologias de educação em saúde.

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

Eixo do monitoramento e avaliação

Ação:

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento: Realizaremos o monitoramento das orientações sobre higiene bucal, no livro de registro, ficha espelho, e prontuário quando na consulta com a médica ou enfermeira.

Eixo organização e gestão do serviço

Ação:

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

Detalhamento: Organizaremos a técnica de enfermagem, enfermeira, e médica e padronizaremos, em reunião de equipe, um tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Eixo engajamento público

Ação:

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

Detalhamento: Orientaremos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica por meio de palestras, mural, folder, visitas domiciliares e consultas os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Eixo qualificação da prática clínica

Ação:

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Qualificaremos a equipe por meio de capacitações nas reuniões de equipe, sobre a importância da higiene bucal.

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

Eixo do monitoramento e avaliação

Ação:

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento: Realizaremos o monitoramento das orientações sobre higiene bucal, no livro de registro, ficha espelho, e prontuário quando na consulta com a médica ou enfermeira.

Eixo organização e gestão do serviço

Ação:

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

Detalhamento: Organizaremos e padronizaremos a técnica de enfermagem, enfermeira, e médica, em reunião de equipe, um tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Eixo engajamento público

Ação:

Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Orientaremos a técnica de enfermagem, enfermeira, ACS e médica por meio de palestras, mural, folder, visitas domiciliares e consultas os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Eixo qualificação da prática clínica

Ação:

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Qualificaremos a equipe por meio de capacitações nas reuniões de equipe, sobre a importância da higiene bucal.

2.3.2 Indicadores:

Meta 1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 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 2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 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.

Meta 3. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 3. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta 4. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta 5. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 5. 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 6. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 6. 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 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 7. 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 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 8. 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 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 9. 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 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 10. 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.

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 11. 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 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 12. 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.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 13. 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 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 14. 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.

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 15. 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 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 16. 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.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 17. 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 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 18. 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 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 19. 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 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 20. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 21. 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 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 22. 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 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 23. 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 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 24. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) vamos adotar o Manual Técnico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) do Ministério da Saúde de 2013. Para a coleta dos dados dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes utilizaremos a ficha espelho disponibilizada pelo curso. Estimamos alcançar com a intervenção a meta de pelo menos 50% da população alvo, sabemos, após que recadastramento da área, que existem 90 hipertensos e 30 diabéticos. Faremos contato com o gestor do município para imprimir as fichas espelhos na quantidade necessária, com um saldo, serão impressas 200 fichas (o que cobriria 50% do estimado para a área de pessoas com hipertensão arterial e diabetes, e também, o real que já conhecemos). Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizado o livro de coleta de dados já disponível em nossa unidade de saúde.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários que vieram ao serviço para consulta de HAS ou DM nos últimos três meses, também já disponível em nossa unidade de saúde. A profissional com ajuda da técnica de enfermagem localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando

uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico em atraso.

Para a capacitação da equipe sobre o manual técnico será solicitado pela enfermeira ao gestor a impressão de seis manuais. A capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Essa capacitação irá ocorrer anteriormente ao início da intervenção em dezembro de 2014 ou em janeiro de 2015.

Para viabilizar a ação de acolhimento dos hipertensos e diabéticos a técnica de enfermagem será a responsável desta ação. Usuários com pressão alta por acima de 135/85 mmHg, ou com glicose por acima de 90 mg/dl e/ou fatores de riscos para ter estas duas doenças serão atendidos no mesmo turno para ampliar a pesquisa. Os usuários que já estão diagnosticados com DM e/ou HAS com descompensação de sua doença serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências em usuários portadores de HAS e DM. Usuários com fatores de riscos de ter DM e/ou HAS que buscam consulta de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que 3 dias. Os usuários com diagnóstico de HAS e/ou DM que vierem à consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada pela a técnica de enfermagem na própria UBS, no livro de agendamento já existente em nossa unidade. Também temos disponível o livro de controle de medicamento existente na farmácia para levar controle de medicamentos dos usuários e todo o material necessário para seu atendimento.

Para sensibilizar a comunidade buscaremos esclarecer a comunidade sobre a atenção prioritária aos usuários hipertensos e diabéticos na UBS. Também informaremos a comunidade sobre a importância da consulta de HAS e DM e do acompanhamento regular a estes usuários, para isso faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas ruas e praças de nossa área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da pesquisa de DM e HAS. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a cobertura para hipertensos e diabéticos sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional, toda a equipe, os ACS, a técnica de enfermagem, enfermeira e médica (eu), estaremos engajados nestas ações, para divulgar as informações iremos elaborar banners, e materiais

educativos, como folders e utilizaremos também os murais da unidade para expor esses materiais. Estas ações vão acontecer semanalmente trocando o cenário, por exemplo, uma semana na praça, outra na própria comunidade outra na sala de reunião de nossa unidade, nas consultas ou visitas domiciliares em dependência da ação que vamos a executar.

Para o monitoramento da ação programática, semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos diabéticos e hipertensos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico em atraso. Os agentes comunitários de saúde (ACS) farão busca ativa de todos os usuários diabéticos e hipertensos em atraso. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas no livro de registro, pela técnica de enfermagem e na planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso, semanalmente por mim. Além disso pediremos ao gestor da unidade a disponibilidade de 150 cartões de HAS e DM para que cada usuário tenha seu cartão com seu tratamento e controle dos medicamentos com a dose e horário.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Nestes meses de intervenção realizamos o cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área de cobertura da unidade de saúde, através do trabalho de busca ativa destes usuários, realizamos a verificação mensal dos registros da ficha de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo II (DM), e a revisão semanal na recepção do livro para estes usuários e assim conhecemos a situação de cada um e orientamos as ações da equipe para a solução dos seus problemas. Trabalhamos no acolhimento de todos os hipertensos e diabéticos que chegam à Unidade Básica de Saúde UBS, e conseguimos garantir que isso se tornará completamente uma rotina e não apenas uma parte do projeto, este tema foi uma parte importante em todas as reuniões da equipe.

As ações previstas no projeto foram desenvolvidas integralmente, embora no princípio da intervenção tivemos problemas com o laboratório do município, conseguimos atingir 100% dos exames complementares em dia graças ao engajamento público e a cooperação de nossos gestores da saúde. Foi combinado com o hospital a realização de eletrocardiograma e do exame do fundo de olhos de nossos usuários portadores de HAS e DM.

As ações do cronograma foram desenvolvidas todas as semanas, sempre com a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que tinham a responsabilidade de mapear os usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) e fazer a divulgação do projeto de intervenção.

Com relação ao grupo de hipertensos e diabéticos, na semana 3 e 6 abordamos temas relacionado com fatores de risco de HAS e DM e os sintomas relacionados com estas doenças onde participarem 31 e 37 usuários respectivamente, na semana 9 falamos da importância de mudar hábitos dietéticos como primeiro pilar do tratamento nesta doenças com a participação de 42 usuários,

na semana 12 realizamos o grupo com 41 pessoas sobre a importância da prática de exercícios físicos e a eliminação de hábitos tóxicos como o tabagismo ou uso de drogas, além de falarmos sobre o cuidado da higiene pessoal e bucal, corte adequado das unhas e integridade da pele para a prevenção de infecções, na semana 15 conversamos com 63 usuários abordando temas do tratamento de medicamentos fornecido pelo SUS, e a importância do uso e cumprimento das doses prescritas para evitar descompensação destas doenças, orientando que fazer quando tem falta de algum dos medicamentos.

Embora foi estabelecido um dia específico para o atendimento dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) tipo II, qualquer dia na semana todos os usuários diabéticos e hipertensos foram acolhidos na recepção e receberam orientações sobre o acompanhamento do programa realizado na UBS e foram preenchidos todos seus dados nas fichas espelhos para cada usuário.

Todos os atendimentos clínicos foram realizados integralmente com consulta de qualidade, com exame físico completo geral e por aparelhos, incluindo os pés que muitas vezes nos diabéticos são afetados pela neurites periférica frequentes nesta doença.

Com relação ao preenchimento da ficha espelho, não tivemos problemas para preencher nenhum dado, mas é importante destacar que isso só aconteceu porque todos os membros da equipe receberam treinamento adequado pela enfermeira. Todos os resultados foram obtidos graças ao engajamento de toda equipe na condução desta intervenção.

Tivemos dificuldade na entrega dos medicamentos para os hipertensos e diabéticos, as vezes ocorreu a falta de Metformina ou algum dos antipertensivos, e acontece que nem todos os usuários tem condições econômicas para comprar eles, acordamos com os ACS que durante a realização das visitas domiciliares seria verificado se os usuários estavam fazendo uso das medicações e se teriam as condições de realizar a compra ou não de seus medicamentos.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Entre ações previstas no projeto para serem desenvolvidas que não foram desenvolvidas, está a conclusão do tratamento dentário, que foi organizado junto a

equipe de saúde bucal da UBS Castanheira, já que não contávamos com esse profissional na nossa UBS. A grande demanda para o odontólogo e também a falta de material foram dificuldades para o cumprimento desta ação.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores não apresentamos dificuldades, semanalmente a equipe organizou-se para realizar o fechamento dos dados e planejamento das ações que foram realizadas na cada semana e todos os dados foram coletados corretamente.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Fazendo uma análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e descrevendo aspectos que estão funcionando adequadamente é possível afirmar que tivemos mais pontos positivos do que negativos, conseguimos mais produtividade de nosso trabalho e garantimos maior qualidade do serviço de saúde; mas apesar de ampliar a cobertura na atenção a este programa ainda não alcançamos a meta proposta, então temos que manter as adequações feitas durante a intervenção, como é a organização de nosso trabalho e nossa equipe, o uso de livros para as coletas de dados dos usuários, e registros de todas as ações que são feitas assim como as fichas de espelho para cada paciente que ajuda a manter um maior controle de nossas atividades para conseguir melhorar a qualidade de nosso atendimento que terá continuidade na nossa UBS, sendo assim acreditamos que o percentual de cobertura também irá aumentar.

4 Avaliação da intervenção

A intervenção com os usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade básica de saúde (UBS) Buritizal, aconteceu de janeiro a maio de 2015. Dentre os 2112 habitantes cadastrados na unidade básica, conseguimos descobrir com o novo cadastramento e buscas realizadas na intervenção, que temos na unidade de saúde, 90 usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 30 com Diabetes Mellitus tipo II (DM). No princípio a intervenção foi concebida para ser feita em 16 semanas mas devido a uma adequação no cronograma do curso, foi necessário a redução do tempo de intervenção para 12 semana, isso não prejudicou no alcance de nossas metas projetadas, porque conseguimos cadastrar 50% dos usuários com DM como tínhamos previsto, mas acho que com mais tempo conseguiremos chegar ao 100% igual que foi feito com os usuários portadores de HAS.

4.1 Resultados

Objetivo1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1: Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

Antes do início do projeto nossa área de abrangência possuía só 70 usuários hipertensos que recebiam assistência medica em nossa unidade de saúde de saúde mas não tínhamos um cadastro e os usuários não tinham um acompanhamento médico adequado e continuado; no primeiro mês foi possível alcançar 16,7% de

cadastro destes usuários (15 hipertensos), no segundo mês conseguimos atingir 56,7% (51 hipertensos) e no terceiro mês 100%, 90 usuários hipertensos existentes em nossa área de abrangência (quantidade real de nossa UBS) (Figura 1).

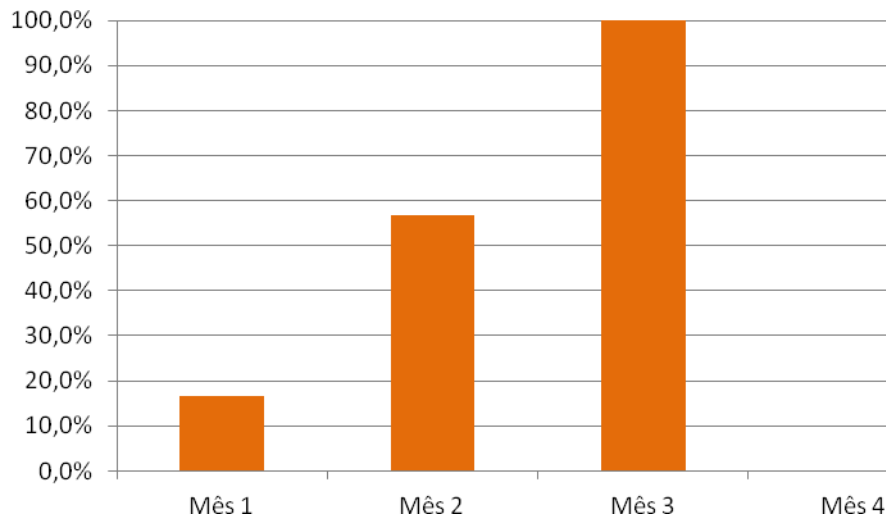


Figura 1: Gráfico referente a Cobertura de hipertensos cadastrados no Programa de atenção ao hipertenso na UBS/ESF Buritizal, Macapá/AM, 2015.

Foi possível alcançar esta meta, porque foi feito um novo cadastramento e nossa equipe priorizou o atendimento de todos os usuários com HAS que chegavam a nossa UBS, capacitamos a equipe no acolhimento para estes usuários e saímos na busca daqueles que estavam faltosos a consultas, pedimos ajuda a nossos líderes da comunidade nas reuniões da equipe.

Meta 2: Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Antes do início do projeto nossa área de abrangência possuía 16 usuários diabéticos que recebiam assistência médica em nossa unidade de saúde, mas não tinham um cadastramento e um acompanhamento médico adequado e continuado; no primeiro mês foi possível alcançar 16,7% (5 diabéticos), no segundo mês conseguimos atingir 43,3% (13 diabéticos), no terceiro mês 90%, 27 usuários diabéticos. Antes de começarmos a intervenção, conseguimos atualizar o cadastro

dos diabéticos e podemos saber que estavam dentro de nossa área de abrangência 30 usuários com diabetes (número real de nossa UBS).

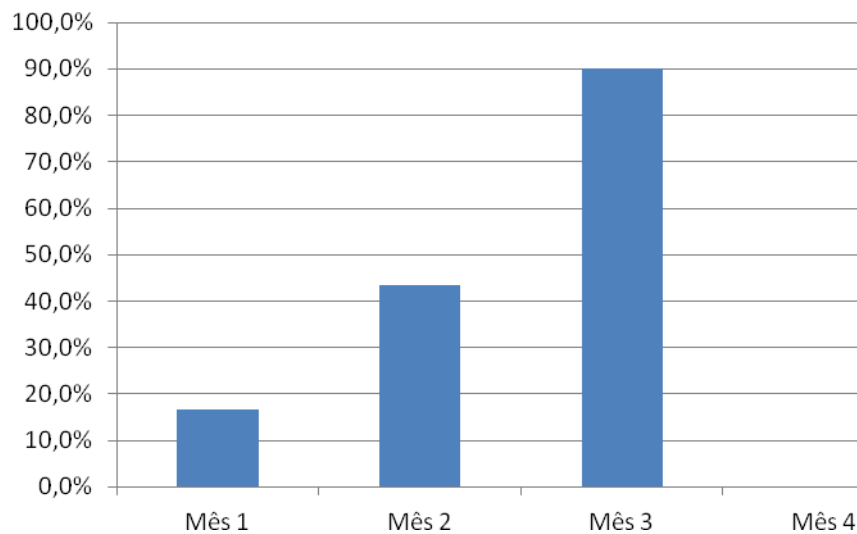


Figura 2: Gráfico referente a Cobertura de diabéticos cadastrados no Programa de atenção ao diabético na UBS/ESF Buritizal, Macapá/AM, 2015.

Foi possível atingir a meta, que era cadastrar 50% dos diabéticos, mas não conseguimos atingir 100%, porque temos uma população que muda muito de moradia por causa de seu trabalho, embora foi feito outro cadastramento em todo o município de Laranjal do Jari novamente no princípio deste ano 2015 e também foi priorizado o atendimento de todos os usuários com DM que chegavam a nossa UBS, capacitamos a equipe no acolhimento para estes usuários e saímos na busca daqueles que estavam faltosos as consultas, pedimos ajuda a nossos líderes da comunidade nas reuniões da equipe, mas ainda assim não conseguimos cumprir 100% deste indicador .

No primeiro mês foram 20 usuários com estas patologias (15 usuários com hipertensão e 5 usuários com diabetes) cadastrados e acompanhados, isto representa praticamente 1 usuário por dia porque não tínhamos ainda experiência, não estávamos bem organizados e também temos uma área com geografia muito difícil com ladeiras e casas muito longe umas das outras, além das dificuldades para ter um transporte disponível todo o tempo durante as visitas domiciliares para cada equipe de saúde em todas as UBS do município em uma comunidade onde a maioria da população mora em casas alugadas e trocam continuamente de moradia por causa de seus trabalhos; mas isso não foi impedimento para fazer nosso trabalho e conseguir atingir a meta proposta.

No segundo mês conseguimos atingir 36 para 40% usuários com hipertensão e 8 para 26,6% de diabéticos com um total de 44 usuários com estas patologias neste mês. Fechamos o mês 3 e último da intervenção com um total de 53 pacientes deles 39 usuários hipertensos (43,3%) e 14 (46,7%) usuários diabéticos.

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

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 3. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Conseguimos realizar um exame clínico apropriado em 100% dos usuários. Atendemos 15 usuários com HAS no primeiro mês da intervenção, no segundo mês também foram 51 usuários atendidos e acompanhados por nossa equipe e no terceiro mês, os 90 usuários hipertensos cadastrados de nossa área de abrangência.

Foi possível alcançar esta meta porque nossa equipe colocou todos os seus esforços em atingir o objetivo, nas reuniões da equipe um ponto de análise foi avaliar a porcentagem de cobertura para aí realizar ações, verificávamos semanalmente nossos livros e fichas de atendimento para fazer visitas domiciliares aos faltosos e monitorar a realização de exames clínicos apropriados dos usuários hipertensos desde a coleta de histórico familiar e pessoal, fatores de risco predisponente, tomada adequada de pressão arterial, até a avaliação de todos os pulsos, dos pés e de cada sistema bem examinado nestes usuários.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Conseguimos realizar o exame clínico apropriado ao 100% dos diabéticos. Foram 5 usuários com DM tipo II no primeiro mês da intervenção, no segundo mês foram 13 usuários atendidos e acompanhados pela nossa equipe e no terceiro mês 27 (100%) usuários diabéticos com acompanhamento médico.

Verificávamos semanalmente nossos livros e fichas de atendimento para fazer visitas domiciliares aos faltosos e monitorar a realização de exames clínicos apropriados dos usuários diabéticos desde a coleta de histórico familiar e pessoal, fatores de risco predisponente, tomada adequada de pressão arterial, até a avaliação dos pulsos, dos pés e de cada sistema bem examinado para estes usuários.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 5. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Nos três meses de intervenção conseguimos fazer os exames complementares em dia de acordo com o protocolo para 100% dos usuários com HAS, a coleta foi realizada no laboratório municipal o usuário precisava se dirigir ao laboratório e os resultados retornavam para o próprio usuário ou para a diretora de nosso centro em 3 ou 7 dias. Conseguimos cumprir esta meta devido a utilização dos livros de registro para conhecer os atrasos nestes exames e os resultados, e assim fazer visitas domiciliares e recuperar estes usuários para a consulta medica e esses dados que também foram preenchidos nos prontuários destes usuários.

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Também conseguimos atingir esta meta em todos os usuários diabéticos que tiveram exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e a periodicidade recomendada, a coleta foi realizada no laboratório municipal o usuário precisava se dirigir ao laboratório e os resultados retornavam para o próprio usuário ou para a diretora de nosso centro em 3 ou 7 dias. Conseguimos cumprir esta meta com ajuda dos livros de registro para conhecer atrasos nestes exames e os resultados para fazer visitas domiciliares e recuperar estes usuários para a consulta medica e assim esses dados também foram preenchidos nos prontuários destes usuários.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

No primeiro mês da intervenção conseguimos prescrever os medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada em um 100% para 15 usuários com HAS, no segundo mês também um 100% para 51 usuários atendidos e acompanhados por nossa equipe e no terceiro mês 100% para 90 usuários hipertensos cadastrados de nossa área de abrangência.

Embora tenhamos os medicamentos antipertensivos faltantes, conseguimos cumprir esta meta em um 100% porque acordamos com os Agentes Comunitário de Saúde (ACS) que durante a realização das visitas domiciliares fosse verificado se os usuários estavam fazendo uso das medicações e se tinham condições de realizar a compra ou não de seus medicamentos, para trocar por outros similares tendo a conta cada usuário, também foi monitorado o acesso aos medicamentos da farmácia popular e o controle de estoque incluindo vales de medicamentos (receita medica), mantendo um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde através de livros de controle.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 8. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Neste caso também conseguimos cumprir 100% desta meta, nos 3 meses de intervenção, embora a Metformina tenha faltado por um tempo mas também foi acordado com os ACS que durante a realização das visitas domiciliares fosse verificado se os usuários estavam fazendo uso das medicações e sem tem as condições de realizar a compra ou não de seus medicamentos, para priorizar ao usuário ou trocar este medicamento por outro tendo a conta cada usuário , também foi monitorado o acesso aos medicamentos da farmácia popular e o controle de estoque incluindo vales de medicamentos (receita medica), mantendo um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde através de livros de controle.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 9. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Nos três meses de intervenção atingimos 100% dos usuários cadastrados. Foi possível cumprir esta meta porque conseguimos monitorar a necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos com um exame bucal na consulta medica, descrever isso em seus prontuários e encaminhar ao dentista quando foi necessário mas não todos os casos tiveram conclusão do tratamento dentário, porque foi organizado junto a equipe de saúde bucal da UBS Castanheira, já que não contávamos com esse profissional na nossa UBS. O atendimento foi planejado para acontecer com prioridade aos usuários mais precisados mas isso não foi possível nesse jeito devido à grande demanda deste profissional e também pela falta de material para o odontólogo, então os usuários recebem o atendimento só com agendamento em competência com toda a população que procura este atendimento, então algum os quedaram só com uma avaliação de suas necessidades odontológica.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 10. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Conseguimos cumprir esta meta em 100% porque monitoramos a necessidade de atendimento odontológico dos usuários diabéticos com um exame bucal na consulta medica, descrever isso em seus prontuários e encaminhando ao dentista quando foi necessário mas não todos os casos tiveram conclusão do tratamento dentário, porque foi organizado junto a equipe de saúde bucal da UBS Castanheira, já que não contávamos com esse profissional na nossa UBS. O atendimento foi planejado para acontecer com prioridade aos usuários mais precisados mas isso não foi possível nesse jeito devido à grande demanda deste profissional e também pela falta de material para o odontólogo, então os usuários recebem o atendimento só com agendamento em competência com toda a população que procura este atendimento, por isso algum os quedaram só com uma avaliação de suas necessidades odontológica.

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

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 11. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 12. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Esta meta foi cumprida em um 100% porque toda nossa equipe com ajuda dos líderes da comunidade realizaram visitas domiciliares para buscar os faltosos hipertensos, e engajaram eles e a sua famílias com a responsabilidade de sua saúde, o cumprimento de um estilo e modo de vida mais saudável, e o uso continuado de seu tratamento medicamentoso; conseguimos organizar agendas e livros para acolher estes usuários provenientes das buscas domiciliares.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações para HAS e DM.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 13. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Foi possível cumprir 100% desta meta porque conseguimos procurar a atualização das informações do sistema informático de atenção básica (SIAB) para hipertensos a través de livros de registros porque não temos sistema de computação, mas organizamos um sistema de registro que viabiliza situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento dos hipertensos, 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 para os hipertensos a través dos prontuários de

cada usuário, pactuamos com a equipe o registro das informações e definimos como responsável pelo monitoramento dos registros dos hipertensos a técnica de enfermagem e temos atualizada a ficha de acompanhamento para HAS.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 14. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Também conseguimos 100% de cumprimento desta meta porque atualizamos as informações do sistema informático de atenção básica (SIAB) para diabéticos a través de livros de registros porque não temos sistema de computação, então organizamos um sistema de registro que viabiliza as situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento dos diabéticos, 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 para os diabéticos a través dos prontuários de cada usuário, pactuamos com a equipe o registro das informações e definimos o mesmo responsável pelo monitoramento dos registros dos diabéticos nossa técnica de enfermagem e mantemos implantada e atualizada a ficha de acompanhamento para DM.

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

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 15. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

O cumprimento desta meta de 100% dos usuários nos 3 meses de intervenção, foi possível porque tivemos que monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano a través dos exames físicos e laboratoriais, abrimos livros de registros e priorizamos o atendimento dos hipertensos avaliados como de alto risco com o

exame físico correto a través das visitas domiciliares e consultas médicas, e com a indicação de fundo de olho, eletrocardiograma e exames laboratoriais; e organizamos a agenda de atendimento desta demanda tendo um melhor controle de cada usuário e seus exames físicos e complementares.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 16. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Nos 3 meses de intervenção atingimos 100% dos usuários. Isso foi possível devido ao monitorando o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, a través de seus exames físicos e complementares, abrimos livros de registros e priorizamos o atendimento dos diabéticos avaliados como de alto risco com o exame físico correto a través das visitas domiciliares e consultas médicas, e com a indicação de fundo de olho, eletrocardiograma e exames laboratoriais; e organizamos a agenda para o atendimento desta demanda abrindo livros para esta ação na UBS.

Objetivo 6: Promoção de saúde dos hipertensos e diabéticos.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 17. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Foi possível cumprir esta meta, 100% dos hipertensos nos 3 meses de intervenção, porque monitoramos a realização da orientação nutricional de HAS abrindo livros de registros destas ações, organizamos práticas coletivas sobre alimentação saudável para hipertensos, envolvendo ao nutricionista nesta atividade e participando nestas ações com estes grupos de doentes a través de palestras e conferências na UBS; além de isso nos auxiliamos com banners e murais que atualizamos mensal em nossa UBS e materiais de informação sobre HAS e nutrição que entregamos a nossos usuários (Apêndice A).

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 18. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Cumprimos esta meta porque monitoramos a realização da orientação nutricional dos usuários com DM tipo II, abrimos livros de registros destas ações, organizamos práticas coletivas sobre alimentação saudável para diabéticos, envolvendo ao nutricionista nesta atividade e participando nestas ações com estes grupos de doentes a través de palestras e conferencias na UBS; além de isso nos auxiliamos com banners e murais que atualizamos mensal em nossa UBS e materiais de informação sobre DM e nutrição que entregamos a nossos usuários (Apêndice B).

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 19. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Conseguimos cumprir com esta meta porque toda nossa equipe teve entre seus objetivos a promoção de ações para o envolvimento de toda nossa comunidade na pratica de exercícios físicos para promover a prevenção da HAS e DM orientando em cada visita domiciliar ou consulta com a enfermeira ou médica aos hipertensos e seus familiares e toda a comunidade sobre a prática de atividade física regular e sua importância para manter uma vida saudável.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 20. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Conseguimos cumprir com esta meta porque toda nossa equipe teve entre seus objetivos a promoção de ações para o envolvimento de toda nossa comunidade na pratica de exercícios físicos para promover a prevenção da HAS e DM orientando em cada visita domiciliar ou consulta com a enfermeira ou médica aos diabéticos e seus familiares e toda a comunidade sobre a prática de atividade física regular e sua importância para manter uma vida saudável.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 21. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Foi possível cumprir esta meta promovendo ações para evitar o tabagismo e envolvendo a comunidade na prevenção destes hábitos e orientando em cada visita domiciliar ou consulta com a enfermeira ou médica aos hipertensos e seus familiares e toda a comunidade sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, com ajuda d nosso psicologista.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 22. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Foi possível cumprir esta meta promovendo ações para evitar o tabagismo e envolvendo a comunidade na prevenção destes hábitos e orientando em cada visita domiciliar ou consulta com a enfermeira ou médica aos diabéticos e seus familiares e toda a comunidade sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, com ajuda d nosso psicologista.

Meta 23:Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 23.Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Para conseguir 100% desta meta tivemos que organizar o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual para hipertensos a través de palestras sobre a higiene bucal e seu importância para prevenir a descompensação de sua doenças e também promovemos ações para o envolvimento de toda a comunidade na prevenção de doenças por mal higiene bucal.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 24. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Para conseguir cumprir com esta meta tivemos que organizar o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual para diabéticos a través de palestras sobre a higiene bucal e sua importância para prevenir a descompensação de suas doenças e também promovemos ações para o envolvimento de toda a comunidade na prevenção de doenças por má higiene bucal.

4.2 Discussão

A intervenção, em nossa unidade básica de saúde (UBS) Buritizal, propiciou a ampliação da cobertura da atenção para hipertensos e diabéticos e melhora da qualidade da atenção prestada a esses usuários, qualificando os registros das informações do programa e oportunizando que todos estes usuários cadastrados no programa de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo II (DM) participassem das ações coletivas.

Este projeto permitiu que nossa equipe de saúde aprendesse a trabalhar como uma verdadeira equipe exigindo fazer vários treinamentos sobre o protocolo da atenção de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo II indicados pelo Ministério de Saúde (MS).

Cada um dos membros da equipe era responsável por certas ações, mas isso não significa que eles eram apenas responsáveis por uma ação, pois muitas ações estavam implícitas em outras assim todos como uma verdadeira equipe estivemos e estamos engajados com todo nosso trabalho e somos responsáveis de cada uma das ações ocorridas.

Na recepção fizemos o acolhimento dos diabéticos e hipertensos oferecendo atendimento diário e com prioridade, escutamos suas preocupações, realizamos educação em saúde sobre temas relacionados a HAS e DM tipo II, que estavam programadas para o dia: Dieta saudável, Importância de fazer exercícios físicos sistemáticos, Cuidado da integridade da pele, Evitar infecções de seus sistemas, evitar o mal hábito de fumar, A saúde bucal, entre outras. Uma das prioridades na

atuação da recepção foi manter os prontuários e as fichas espelhos em ordem no arquivo.

A enfermeira foi encarregada de verificar mensalmente os registros do cadastro dos hipertensos e diabéticos, das consultas e das visitas domiciliares para recuperação de faltosos, das consultas de acompanhamento com exames feitos para estratificação do risco e os resultados, orientado pelo programa, além da revisão semanal na recepção da ficha espelho dos hipertensos e diabéticos, para conhecer a situação de cada usuário e das ações da equipe para a solução dos problemas. Também realizamos o trabalho educativo nas reuniões de equipe sobre como deve ser o acolhimento dos hipertensos e diabéticos, transmitindo esses ensinamentos para cada um dos ACS e orientando-os sobre a agenda de consulta da semana próxima, com o objetivo de lembrar para os usuários, principalmente para os faltosos.

A médica realizou as anamneses e os exames físicos completos nas consultas para examinar a pele, os pés, a boca para necessidade odontológica e todos os sistemas como o respiratório, cardiovascular, neurológico e urinário entre outros e verificação de pressão arterial, e frequência cardíaca, com a solicitação dos exames laboratoriais previstos no protocolo para cada usuário, também foi com cada ACS às consultas domiciliares para a recuperação dos usuários faltosos, para manter o acompanhamento com sua avaliação de estratificação do risco e o tratamento individual para cada usuário assim como o encaminhamento para outro especialista sem fora requerido.

Os ACS foram responsáveis pelo cadastramento dos hipertensos e diabéticos e a verificação da pressão arterial para todos os usuários na área de cobertura de saúde e também realizaram a busca ativa de todos os faltosos diabéticos ou hipertensos, fizeram o acompanhamento domiciliar para mapeamento de pressão arterial e avaliação do controle da doença depois de indicado o tratamento medicamentoso pela médica, além de registrar qual usuário está cumprindo sua dieta, estilo de vida saudável e consegue tomar suas comprimidos por indicação médica, também realizavam visitas para lembrar o dia da consulta agendada, e realizaram palestras na comunidade.

A diretora e técnica em farmácia apoiaram na busca de medicamentos faltantes como a Metformina e alguns antipertensivos e fizeram acordos com gestores municipais para providenciar todos os medicamentos, e também tem

atualizado o livro de registro de medicamentos para cada usuário. A técnica de enfermagem teve a responsabilidade da atualização de todos os livros de registros para consultas, visitas domiciliares, exames laboratoriais, palestras, e reuniões de grupo com os hipertensos, os diabéticos, reunião de equipes e com os líderes comunitários.

Antes da intervenção as atividades de atenção para HAS e DM, eram resumidas ao serviço realizado pela enfermeira ou a médica e tinha pouca preocupação quanto à frequência nas consultas, realização dos exames complementares indicados nas consultas, recuperação de faltosos ou cumprimento de seu tratamento.

A intervenção contribuiu para aumentar o número de diabéticos e hipertensos atendidos pelos profissionais de saúde da UBS e assim melhorar a qualidade de assistência médica para toda a população de abrangência. A avaliação da estratificação do risco nestes usuários tem sido crucial na priorização do atendimento e seu encaminhamento oportuno, além de melhorar o acompanhamento desta população alvo usando a ficha espelho.

O impacto da intervenção para nossa população diz respeito à mudança que ocorreu na atenção para os nossos usuários. Se eu fosse realizar a intervenção neste momento com a experiência que já temos eu só mudaria o jeito em que foi feito o cadastramento, porque devido às características peculiares deste município é muito difícil conseguir os endereços certos por causas das constantes mudanças da população.

A intervenção foi importante para o serviço, pois possibilitou a melhora na organização, acolhimento e atendimento destes usuários, possibilitando que o cuidado fosse realizado conforme preconizado pelo ministério de saúde. O fato é que no início enfrentamos dificuldades com a intervenção porque a equipe de saúde não estava trabalhando unida, mas no decorrer dos meses a equipe ficou mais integrada e foi possível realizar as buscas ativas dos hipertensos e diabéticos e acabamos por conhecer toda nossa área de abrangência. Agora a intervenção já está incorporada à rotina do trabalho de nossa UBS, mas temos que continuar nosso trabalho, para melhorar a qualidade e manter uma boa cobertura.

Acho que os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço pode ser conseguir em combinação com os gestores municipais uma melhor organização de agendamento para consultas de especialistas e um

acompanhamento adequado dos usuários com os diferentes especialistas sem assim requerem por exemplo com o odontologista, psicologista, ou cardiologista entre outros.

5 Relatório da intervenção para gestores

A senhora secretária municipal de saúde.

Nosso projeto de intervenção para melhorar a atenção aos usuários de Diabetes Mellitus tipo II (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) da nossa UBS Buritizal foi realizado desde agosto de 2014 a maio de 2015 (contando com o período de planejamento, execução e análise dos resultados) com ajuda de nossos gestores municipais, que desde o princípio acolheram o programa mais médicos a fim de melhorar a assistência medica do município e oferecer ações de promoção de saúde e prevenção de doenças para conseguir maior qualidade de vida da população.

Durante a intervenção, foi realizada a pesquisa ativa de todos os usuários diabéticos e hipertensos, e feito o cadastramento para aqueles usuários que ainda não eram assistidos na nossa unidade de saúde, trabalhamos com nossa população conscientizando sobre a importância de recuperar estes usuários faltosos a consulta e semanalmente conferimos o preenchimento das fichas dos hipertensos e diabéticos para conhecer a necessidade e situação individual de cada usuário e neste jeito conseguir orientar as nossas ações para a solução destes problemas. Toda a nossa equipe continua trabalhando para manter o adequado acolhimento e atendimento de toda nossa população e em especial aos usuários diabéticos e hipertensos que são o objetivo principal de nossa intervenção.

Para conseguir nossos objetivos foi importante o fornecimento dos materiais de trabalho, tais como as fichas espelhos, Esfigmomanômetro, hemoglicoteste, folhas, e outros que foi fornecido pelos nossos gestores municipais, ganhando deste jeito um atendimento mais completo e com qualidade em nossa unidade que fez que

diminuíram o atendimento na consulta do pronto socorro do hospital para usuários com HAS e DM, além de diminuir também a prevalência das complicações associadas ao descontrole destas doenças.

Realizamos encontros com os grupos de diabéticos e hipertensos de quinze em quinze dias para dar palestras e fazer ações encaminhadas a evitar riscos destas doenças e manter o controle delas. Nas nossas consultas brindamos orientações sobre como ter um modo e estilo de vida saudável com uma alimentação adequada, e boa hidratação, evitar o tabagismo, álcool e outras drogas, manter os cuidados da higiene pessoal a boca, a pele e os pés para evitar infecções que podem descompensar estas doenças e também incentivamos a prática de exercícios físicos sistemático.

Em nossas reuniões da equipe mantemos encontros com as lideranças da comunidade e fazemos convite para os nossos gestores para pedir sua cooperação no resgate dos usuários faltosos e damos a conhecer a importância do engajamento das famílias e população toda para evitar fatores de riscos destas doenças. Fizemos a capacitações de nossos profissionais para o adequado acolhimento e atendimento aos usuários portadores de DM e HAS, sobre educação para a saúde e a importância da mudança de estilo e modo de vida destes usuários sendo necessários os recursos que estamos recebendo de nossos gestores, como banners, carteirinhas e outros materiais para a preparação da equipe e para a distribuição na comunidade.

Nos meses de intervenção a nossa equipe realizou a busca ativa daqueles usuários que não tinham acompanhamento, todos os profissionais da nossa equipe com ajuda dos líderes da comunidade foram envolvidos nesta ação, embora nosso trabalho foi realizado em só 12 semanas foi possível atingir o 90 (100%) dos usuários portadores de hipertensão e 27 dos usuários com DM, o que representa 90%.

Na continuidade do programa queremos manter nossos resultados e melhorar nosso atendimento para todos os nossos usuários, sempre com a ajuda dos gestores municipais, que pedimos que continuem nos apoiando com o transporte para facilitar as visitas domiciliares e as ações de saúde nas comunidade, no fornecimento contínuo das medicações da farmácia popular para todos os usuários que necessitam e na incorporação dos profissionais de odontologia em

nossa UBS para oferecermos um atendimento integral aos nossos usuários, gerando um nível de satisfação favorável nas comunidades.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade de Buritizal.

Durante 12 semanas realizamos um projeto de intervenção com os usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes residentes na área de abrangência da unidade básica de saúde Buritizal, conseguimos cadastrar e acompanhar 90 usuários hipertensos e 27 diabéticos.

Nestes meses de intervenção realizamos a busca de todos os diabéticos e hipertensos da área de nossa UBS, busca ativa dos faltosos sem acompanhamento e revisão semanal das fichas preenchidas pelos profissionais em relação a HAS e DM, para conhecer a situação de cada usuário e orientar as ações da equipe para a solução dos seus problemas. Trabalhamos e continuamos trabalhando ainda para manter um bom atendimento para nossos usuários que já tem este projeto como parte da rotina do dia a dia e cooperam ativamente com nosso trabalho procurando seus consultas e acompanhamento pela nossa equipe, nossa população assumiu esta tarefa com boa disposição, porque os resultados favoráveis na vida dos diabéticos e hipertensos fizeram aumentar a confiança nos profissionais da nossa unidade.

Em cada consulta foi realizado atividades de orientação sobre os temas: mudança de estilo de vida, alimentação, pratica de exercícios físicos, cuidado com a higiene bucal, risco do mal habito de fumar, da ingestão de álcool e drogas, a importância do cuidado da pele, de cumprir o tratamento médico, aferir a pressão arterial periodicamente e assistir à consultas medicas. Realizamos atividades de educação em saúde na praça, na comunidade e na própria unidade de saúde onde abordamos diferentes temas sobre a mesmas doenças, HAS e DM, como é seu desenvolvimento, seus fatores de riscos, e como é possível o controle destas doenças, muito bem recebida pela nossa comunidade.

Os profissionais também foram capacitados para conhecer os fatores de risco destas doenças e conseguir a pesquisa dos usuários portadores de DM e HAS, como medir a pressão arterial e também em quanto à orientação da mudança da vida para conseguir um estilo e modo de vida mais saudável relacionado com a nutrição, hábitos nocivos, e o sedentarismo, conseguindo melhoras na qualidade de vida de nossa população. Nestes 3 meses de intervenção a equipe foi em busca daqueles usuários que não estavam realizando acompanhamento em nenhum serviço, o pessoal foi envolvido nisto, engajando a todos nossos usuários e seus familiares na responsabilidade de sua própria saúde.

Durante a intervenção, tivemos usuários hipertensos e diabéticos, todos foram procurados em suas casas pelos membros de nossa equipe, embora nossa população tem muitas mudanças por causa do trabalho, já foi colocado em prática no nosso dia a dia o atendimento contínuo e com qualidade para os usuários cadastrados em nossa unidade básica de saúde, mas isto deixou resultados positivos na nossa população que conseguiu entender que tem que procurar seu acompanhamento para estas doenças. Também cadastramos no programa aqueles usuários hipertensos e diabéticos residentes na área que vieram de outro serviço e que solicitaram atendimento na UBS, todos tiveram e têm prioridade em nossa unidade de saúde, sendo oferecido atendimento diário e acompanhamento pela nossa equipe, e isso teve como resultado um aumento no atendimento diário destes usuários com muito melhor controle destas doenças para conseguir maior qualidade de vida.

Entre as ações previstas no projeto para serem desenvolvidas que não foram desenvolvidas, está a conclusão do tratamento dentário, pois não contamos com o atendimento odontológico em nossa unidade básica de saúde, mas de forma organizada no decorrer da intervenção foi estabelecido juntamente com o odontólogo da UBS Castanheira os atendimentos para os nossos usuários hipertensos e diabéticos, facilitando assim a adesão ao tratamento e isso fez que melhorara a higiene bucal destes usuários. A realização destas ações foram alheias ao nosso desejo, por exemplo, alguns usuários foram agendados para atendimento com o odontólogo e não compareciam à consulta, mesmo fazendo busca ativa na mesma semana do agendamento e lembrando desta consulta na visita domiciliar.

Agora podemos afirmar que o trabalho realizado com nossos usuários teve um resultado positivo e um bom impacto na população que se mostra mais cooperativa na nossa força tarefa, nossa equipe conseguiu causar mudanças nos modos e estilos de vida da população-alvo, agora tudo está funcionando adequadamente, com boa organização e ótima expectativa na nossa população.

Nossa equipe conhece e estamos certos de que é necessário continuar nosso trabalho com maior ênfase para melhorar nosso atendimento, realizando atividades para continuar conscientizando sobre a necessidade de assistir à consulta médica e odontológica periodicamente, além de continuar com nossas visitas domiciliares.

É fundamental a colaboração da nossa comunidade, para que o nosso trabalho com todos nossos usuários possa ter continuidade e mostrar bons resultados, maiormente com aqueles usuários faltosos, temos que manter a conscientização de seus familiares sobre estas doenças e seu oportuno diagnóstico e tratamento para evitar complicações maiores.

Por fim gostaríamos de chamar toda nossa comunidade para participar das ações de promoção da saúde e prevenção destas e de outras doenças, para conseguir uma melhor qualidade de vida e melhorar o índice de saúde do município.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Na minha chegada ao Brasil me comunicaram a realização de uma futura especialização em saúde da família, ao princípio minhas expectativas foram que eu achava que não teria conseguir, pois a localização do município onde estou trabalhando, a situação desfavorável da internet e o pouco apoio da gestão municipal nessas questões, são atenuantes fortes. Depois começou outra dificuldade, pois o curso teria feito a distancia e só tinha um tablete como meio de comunicação, além disso, as habilidades para o trabalho da informática e a comunicação no idioma português não são as melhores para enfrentar o estudo dessa forma. Assim posso dizer que inicialmente não estava nas melhores condições para essa atividade, mas com o andamento consegui estabelecer a dinâmica do mesmo e com o acompanhamento dos orientadores é logrado chegar até aqui. O antes dito traduz os benefícios recebidos pelo projeto, me ajudando no desenvolvimento da comunicação, a qual não foi só com a equipe de saúde, também foram estabelecidas de maneira crescente com os usuários, os grupos da comunidade, os líderes da comunidade e a população em geral a traves de meu trabalho, incrementando as minhas relações laborais com os meus colegas e outros profissionais do município. O estabelecimento do projeto me permitiu conhecer mais de perto a população da minha área de abrangência da unidade de saúde e perceber a necessidade de fazer algumas mudanças no modo e estilo da vida destes usuários, que ajudaram, sem duvida, a atingir os objetivos por unidade de saúdes.

Por outra parte, o curso é um meio de atualização no processo de aprendizagem dos profissionais, pois através dele temos acesso aos casos interativos, praticas clinicas, intercâmbios nos fórum, testes de qualificação cognitiva e outros, que constituem formas de treinamentos e preparação profissional. É muito

importante o trabalho realizado pelo orientador, eles são os nossos guias neste processo e de maneira muito adequada fazem nosso acompanhamento com qualidade, responsabilidade e muito profissional. Juntos com eles têm logrado os resultados que hoje mostramos neste estudo.

Embora das necessidades da aprendizagem no idioma português que ainda apresento, assim como, o melhor domínio da informática eu tenho que sinalar que o projeto de intervenção me ajudou e está me ajudando no meu desenvolvimento no Brasil, pois através dele é tido acesso a vários aspetos do funcionamento do SUS e é conhecido os principais protocolos de atendimento no Brasil, assim como as possibilidades de mudar os principais fatores do processo saúde doença nas comunidades brasileiras, importante para meu desempenho como médica frente a uma população com outras costumes de vida e doenças próprias do lugar geográfico que não são frequentes na experiência de nosso currículo.


Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

Apêndices

Apêndice A



Anote os cuidados na alimentação que vão ajudar na sua saúde:

- Dê preferência à carne branca sem pele e aos peixes, preparados na forma de assados, cozidos e grelhados;
- Caso não consiga mastigar, pique, moa, crêpe ou rale os alimentos;
- Dê preferência aos alimentos ricos em fibras;
- Coma frutas, verduras e legumes, de preferência crus (após lavados adequadamente);
- É importante aumentar o consumo de leite, iogurte desnatado e queijos magros;
- Carnes, leites e ovos regeneram as células envelhecidas;

Apêndice B



cuidados na alimentação

Faça no mínimo quatro refeições: Café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar.

É importante que elas sejam agradáveis e despiem o apetite e o prazer de comer. Assim, cuidados com o sabor, o aroma e a temperatura devem estar sempre presentes.

Uma alimentação equilibrada deve fornecer energia e todos os nutrientes necessários ao bom funcionamento do nosso organismo, pois ela exerce influência:

- No bem-estar físico e mental.
- No equilíbrio emocional.
- Na prevenção de danos à saúde.



Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal 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

2014_11_06 Coleta de dados HAS e DM (12).xls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Calibri 11

Quebrar Texto Automaticamente

Formatar como Tabela

Formatar Estilos de Célula

Inserir Excluir Formatar Células

AutoSoma

Preencher

Limpar

Classificar e Filtrar Edição

Localizar e Selecionar

C4

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																		
Indicadores 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 medicamento?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro de risco cardiovascular 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 os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do álcool?	
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	
1																		
2																		
3																		
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																	

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

