

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



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde de Hipertensos e Diabéticos na UBS Vista Alegre do Município de Vista Alegre / RS

Evel Reynaldo Kindelan Wilson

Pelotas, 2015

EVEL REYNALDO KINDELAN WILSON

Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na UBS Vista Alegre do município de Vista Alegre / RS

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: Rebeca Gusmão Soares

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

W746m Wilson, Evel Reynaldo Kindelan

Melhoria da Atenção à Saúde de Hipertensos e Diabéticos na UBS Vista Alegre no Município de Vista Alegre/RS / Evel Reynaldo Kindelan Wilson; Rebeca Gusmão Soares, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

108 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. Soares, Rebeca Gusmão, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

No mundo atual de grande desenvolvimento tecnológico, a raça humana fica ameaçada pela guerra, a fome e as doenças que pioram dia-a-dia, deixando em perigo a própria existência desta espécie. Na tentativa de lutar contra as desigualdades e pela inclusão dos despossuídos, esperamos com nosso trabalho oferecer uma modesta homenagem às pessoas, instituições e organizações que realizam esforços na luta contra os males para a humanidade, acreditando que um mundo melhor é possível.

Evel Reynaldo Kindelan Wilson

Agradecimentos

A Deus: por ser a fonte de amor e fé.

Ao povo Brasileiro: pela acolhida e por acreditar no programa Mais Médicos.

Às minhas filhas: por constituir a minha inspiração e orgulho.

A minha mãe: por seu ensino e educação oferecida.

A minha equipe: pelo apoio incondicional no projeto.

Resumo

KINDELAN WILSON, Evel Reynaldo. **Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na UBS Vista Alegre do município de Vista Alegre / RS.** 2015. 115f. 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 a Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas não transmissíveis que constituem causas de morte que mais afetam a população, pois são agravos que se não forem controlados podem resultar em lesões que geram incapacidades e limitações na vida destas pessoas. Esta é, precisamente, a importância da escolha destas doenças como foco da intervenção. O projeto de intervenção foi desenvolvido na unidade de saúde Vista Alegre do município de Vista Alegre, Rio Grande do Sul, no período dos meses de Fevereiro até Abril 2015, com o objetivo de melhorar a qualidade na atenção à saúde de usuários hipertensos e diabéticos, em uma população alvo de 2026 usuários residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde. Trata-se de um trabalho acadêmico desenvolvido por meio de ações nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualidade da prática clínica. Nos resultados da intervenção destacam-se: a ampliação da cobertura, pois tínhamos 324 usuários hipertensos cadastrados (representando 51% da estimativa) e ao final da intervenção atingimos uma cobertura na área adstrita de 78,1% (representando 498 usuários hipertensos); quanto à diabetes tínhamos 35 usuários cadastrados (representando 19 % da estimativa) e ao final da intervenção atingimos uma cobertura de 33,5% (representando 61 usuários diabéticos). Isto é muito importante para a comunidade, serviço e a equipe, pois é uma ferramenta para atualizar os números de usuários com estas patologias em nossa área de abrangência. Deste modo, com a realização da intervenção foi possível ter um melhor controle dos dados para desenvolver e planejar ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, que contribuam para elevar os níveis de saúde da população e reduzir a morbimortalidade por estas patologias.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na USF Vista Alegre	75
Figura 2	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na USF Vista Alegre	75
Figura 3	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com protocolo	77
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	77
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	79
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	79
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por clínica	84
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com estratificação	84

	de risco cardiovascular por exame clínico	
--	---	--

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
UBS	Unidade Básica de Saúde
Dra	Doutora
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
QV	Qualidade de Vida
HDL	High Density Lipoproteins
TGO	Transaminase Glutâmica Oxalacética
TGP	Transaminase Glutâmica Pirúvica
EPF	Exame Parasitológico de Fezes
EQU	Exame de Urina
PIM	Primeira Infância Melhor
HPV	Vírus Papiloma Humano
Hiperdia	Sistema Cadastramento e Acompanhamento de Pacientes Hipertensos e Diabéticos
CAP	Caderno de Ações Programáticas
APS	Atenção Primária de Saúde

Sumário

Apresentação	9
1. Análise Situacional	80
1.1 Situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentários comparativos entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção.....	22
2.1 Justificativa.....	22
2.2 Objetivos e Metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral: Melhorar a Atenção à Saúde de Hipertensos e Diabéticos maiores de 20 anos, na UBS Vista Alegre.	23
2.2.2 Objetivos Específicos e Metas	23
2.3 Metodologia.....	26
2.3.1 Detalhamento das Ações	27
2.3.2 Indicadores.....	56
2.3.3 Logística	63
2.3.4 Cronograma	66
3. Relatório da Intervenção	68
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	68
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	71
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	71
3.4.....Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	72
4.1 Resultados	73
4.2 Discussão.....	87
4.3 Relatório de Intervenção para os Gestores	90
4.4 Relatório da intervenção para a comunidade	92
5. Reflexão crítica do processo de aprendizagem.....	94
6. Referências	96
Apêndices	97
ANEXOS	102
Anexo A - Documento do comitê de ética	103
Anexo B - Planilha de coleta de dados.....	104
Anexo C - Ficha Espelho.....	105
Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias	106

Apresentação

A Unidade de Saúde da Família Vista Alegre, do município de Vista Alegre apresenta o projeto de intervenção para o grupo programático de usuários hipertensos e/ou diabéticos, com intuito de firmar compromisso com os processos de melhoria contínua da qualidade dos serviços de atenção à saúde.

O projeto utiliza aspectos relacionados à cobertura, adesão e qualidade da atenção à ação programática, registro e mapeamento de risco da população-alvo da ação programática e promoção de saúde relacionada à ação programática. Ele foi desenvolvido por meio do exercício de práticas de cuidado participativas, através de ações nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualidade da prática clínica, sob forma de trabalho em equipe, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essa população.

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. Está organizado em cinco partes: Relatório da Análise Situacional Projeto de Intervenção, Relatório do Projeto de Intervenção e o Relatório dos resultados do projeto de intervenção. Finalizando o volume, está a parte 5, a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e na implementação da intervenção. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de janeiro de 2015, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas. Sua finalização ocorreu no mês de junho de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Situação da ESF/APS

Como parte do sistema de saúde do Brasil, em nosso município de Vista Alegre está situado um posto de saúde para oferecer e garantir atenção para melhorar os níveis de saúde da população. Nossa Estratégia Saúde da Família (ESF) conta com uma estrutura formada por dois consultórios médicos, um consultório odontológico, uma sala de vacina, uma sala de curativo, uma sala de fisioterapia, uma farmácia, sala para assistência social, sala de acolhimento, cozinha, sala de observação, sala pré-teste, uma sala pra fazer fraldas para incontinência urinária e fecal, porém, tem sala de administrativo, uma sala do secretário de saúde e três banheiros.

Além disso, a equipe que trabalha na unidade básica de saúde (UBS) é formada por: dois médicos especialistas em medicina familiar: eu e um médico brasileiro; duas enfermeiras, três técnicas de enfermagem, dois médicos odontológicos, uma técnica em odontologia, uma fonoaudióloga, uma técnica na assistência social, um farmacêutico, um secretário de saúde, um administrativo, um secretário adjunto, duas auxiliares de serviços gerais, cinco motoristas, uma nutricionista, uma técnica em fisioterapia, duas recepcionistas.

Nessa perspectiva, também existem duas ambulâncias e três carros para os translados dos usuários em caso de consultas com outras especialidades (cardiologista, cirurgia, ultrassonografia, RX, endocrinologia, pneumologia) que ficam longe do município e nos casos de emergências médicas. Ainda não temos laboratório para realização de exames de rotina, situação que considero uma limitação na qualidade da atenção integral em nossa unidade básica de saúde. Nosso horário de funcionamento é 07:30h as 11:30h e de 12:30 as 16:30h.

Vista Alegre é um município muito rural e tem uma população da terceira idade muito grande, com muitos usuários acamados. Por essas razões, um objetivo em nosso trabalho é garantir a atenção médica no domicílio, oferecendo uma melhoria na recuperação e privacidade do usuário e um ambiente mais familiar, onde têm participação e conhecimento dos demais familiares sobre o

tratamento e doença do usuário. Nossa ESF cumpre com o programa de rastreamento do câncer de colo uterino e de mama e doenças transmissíveis como a tuberculose, hanseníase, hepatite viral.

Com a incorporação do Programa Mais Médicos Brasil (PMMB), é possível aumentar os níveis de conhecimento sobre os fatores de risco quanto às doenças transmissíveis e as doenças crônicas. E assim, mudar os estilos de vida prejudiciais para garantir menos incidência de doenças na população. Para isso, temos que trabalhar em equipe, pois o trabalho coletivo apresenta melhor resultado.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A análise da situação de saúde constitui um instrumento fundamental para o planejamento de ações de educação e promoção na saúde para aumentar e elevar os níveis de saúde da população. Nosso trabalho procura fazer uma análise dos indicadores demográficos, sociais e de saúde visando identificar os fatores de risco, as dificuldades e limitações no processo saúde-doença para oferecer as possíveis soluções para melhora da qualidade na atenção médica ao usuário, à família e à comunidade.

Com a incorporação do Programa Mais Médicos para o Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pretende-se oferecer uma ajuda no desempenho de ações para melhorar a qualidade nos serviços da atenção pública na comunidade, especificamente no setor primário da atenção médica, porém, nosso trabalho iniciou-se no Estado do Rio Grande do Sul, especificamente no município de Vista Alegre.

Nosso município está situado na região noroeste, vizinho dos municípios de Taquaruçu do Sul, Palmitinho e Pinheirinho do Vale, se situa a 10 km a sudoeste de Frederico Westphalen, a maior cidade nos arredores; possui uma área territorial de 77,454 km² rural e 3 km² de área urbana (total 81,454 km²). Contém uma população de 2832 pessoas, com 1335 habitantes do sexo masculino e 1497 do sexo feminino, numa distribuição da seguinte forma: 1.185

peças residem na zona urbana e 1.647 pessoas na zona rural. Nossa principal fonte de renda se dá através da agricultura, com cultivo de milho, soja, trigo e fumo. Também há a criação de gado leiteiro e suínos de corte.

O município dispõe de apenas uma Unidade Básica de Saúde tradicional com uma equipe de saúde. Temos uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composta por nutricionista, profissional de educação física, fonoaudióloga e fisioterapeuta. Ainda não temos um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), porém, estamos fazendo o projeto para sua instalação. O município não tem disponibilidade de atenção especializada, também não tem disponibilidade do serviço hospitalar, isto constitui uma fraqueza na assistência à saúde, pois precisamos encaminhar os usuários com necessidades para outros municípios que ficam longe. Além disso, a demora ao acesso dos procedimentos como Raios-X, ultrassonografia, ressonância magnética, entre outros, limita a pronta atenção e o tratamento médico aos nossos usuários e um diagnóstico mais integral nos casos que precisam destes serviços.

Também não temos disponibilidade de exames complementares dentro da unidade, eles são feitos através do SUS (hemograma, glicemia em jejum, colesterol total, HDL, triglicerídeos, TGP, TGO, bilirrubinas, EQU, EPF e outros) por um laboratório que fica dentro do município.

Nossa UBS fica situada na sede e temos um sub posto médico rural na comunidade de São Judas. Nosso vínculo com o SUS é através da gestão plena da atenção básica ampliada, não existe vínculo com instituições de ensino, temos um modelo de atenção na modalidade da Estratégia Saúde da Família, com uma só equipe que fica integrada por um médico clínico geral, uma cirurgiã dentista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma técnica de saúde bucal, sete agentes comunitárias de saúde (ACS) e 05 visitantes da Primeira Infância Melhor (PIM), como equipe nós fazemos atendimento individualizado domiciliar e atividades no âmbito coletivo. A média de visitas por família é de 0,89, segundo o relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de janeiro até setembro de 2014, através dos ACS.

Em relação à estrutura física da UBS, nosso posto de saúde deve cumprir, certamente, com condições adequadas de espaço para um bom acolhimento dos usuários, com salas que sejam mais confortáveis, não somente aos usuários, mas também para o pessoal que ali trabalha, sem esquecer-se das condições estéticas de todos os espaços que ficam na Unidade Básica de Saúde. A unidade está constituída de três consultórios médicos (dois deles possuem banheiro), um consultório odontológico com banheiro, uma sala de vacina, uma sala de curativo, uma farmácia, uma sala para a secretária de saúde, uma sala com banheiro para o secretário adjunto, uma sala de fisioterapia com banheiro, uma sala com banheiro para o serviço de assistência social, cozinha, um consultório de enfermagem com banheiro, sala de triagem, sala de endemias e vigilância sanitária, depósito de medicamentos, sala de agendamento de consultas, exames e procedimentos, sala com banheiro para observação de usuários, sala para lixo contaminado, um banheiro para funcionários, três banheiros para os usuários, sendo um deles para portadores de necessidades especiais.

Entretanto, encontramos algumas deficiências na estrutura, tais como: não existe uma sala de esterilização, não temos laboratório dentro da unidade de saúde, não temos uma sala reservada para recepção, sala para lavagem e descontaminação de material. Além de isso, a não existência de outros especialistas como: cardiologista, psiquiatra, pediatra, dermatologista, angiologista, ortopedista, gineco-obstetra dificulta a atenção integral e uma completa avaliação quando se precisa em alguns eventos ou programas.

Em nosso município não há uma unidade de pronto atendimento, achamos como limitação a não existência de medicamentos de uso na emergência-urgência e a baixa disposição dos anti-helmínticos e antibióticos (doxiclina, estreptomicina, rifampicina) já que, o maior número de pessoas mora na zona rural e há costume de consumo de carne de gado, principal causa de doenças como a teníase, típica em nossa comunidade gaúcha, também no consumo de leite e seus derivados que poderia ser causa de doença como a brucelose.

Nosso posto de saúde não tem implantado o sistema informatizado de cadastramento, porém este semestre receberemos recursos para informatização e

implantação do e-SUS. É bom lembrar, que neste momento, nossa secretaria de saúde junto à prefeitura do município se encontra desenvolvendo uma remodelação e ampliação da estrutura da Unidade Básica de Saúde, para oferecer melhores condições e espaços das salas que devem ficar na unidade de atenção básica, como precisa e merece para uma boa atenção médica para nossa população.

São muitas as atribuições que devem desenvolver os profissionais da saúde em sua contínua tarefa de educação e promoção da saúde da população e realização de ações no plano de prevenção de doenças. Nossa UBS está desenvolvendo muitas tarefas, por exemplo: a realização de palestras nas escolas sobre doenças sexualmente transmissíveis com o objetivo de aumentar o conhecimento de fatores de risco na transmissão e sintomas destas doenças visando diminuir as incidências na população jovem; outro tema muito importante é sobre a gestação na idade abaixo de 18 anos; a realização de vacinas contra HPV nas mulheres jovens em idade fértil; vacina contra a influenza.

Além disso, no mês de outubro, usando o lema “A rosa, rainha das flores e a mama, essência da vida”, a equipe de saúde realizou um encontro para todas as mulheres do município, onde foram convidadas aquelas mulheres que já venceram o câncer de mama para dar o seu depoimento como forma de incentivo à prevenção.

Durante todo o mês de outubro foi feito o preventivo, tanto para câncer de mama como para câncer de colo de útero. As mudanças dos hábitos prejudiciais nas doenças como DM e HAS ainda precisam da manutenção de estratégias para alcançar este objetivo, mas estamos fazendo a pesquisa ativa, avaliando a pressão arterial na população maior de 15 anos e sinais de alerta para estas patologias.

Em nossa UBS há uma Equipe de Saúde Bucal que realiza atividades e ações preventivas nos grupos de gestantes, idosos, PIM, nas escolas municipais, educação infantil e na escola estadual, com o intuito de abranger o total de estudantes do município. As ações desenvolvidas nesse projeto são: evidenciação de placa, bochechos fluoretados, escovação supervisionada, exames clínicos com

finalidade epidemiológica, campanhas de promoção e educação na higiene bucal, cursos sobre cuidados com os dentes e nutrição, pesquisa de doenças das cáries em crianças do primeiro ao quinto ano, pesquisa de doenças odontológicas, exemplos de má-oclusões, orientações sobre fatores de risco e tabaco e as drogas na prevenção das doenças odontológicas como o câncer de boca. Anualmente, no mês de outubro, realiza-se a Semana Municipal da Saúde Bucal.

Com a inserção do PMMB, há uma promoção da melhoria na qualidade da atenção médica, garantindo melhor acolhimento às pessoas que são assistidas, diminuindo o tempo de permanência nas unidades ou resolução dos problemas, evitando os encaminhamentos desnecessários aos hospitais, ou seja, propicia a descentralização.

Como resposta a isto, nossa UBS reabriu o sub posto de atendimento no interior que fica longe do centro do município, na comunidade de São Judas, com o objetivo de facilitar o acesso aos serviços de saúde, diminuir o traslado para a unidade central de saúde e oferecer uma atenção com mais equidade a essa população. Além disso, constitui uma forma mais acolhedora de garantir a atenção médica aos acamados e usuários da terceira idade em seu domicílio, aos portadores de deficiências, as crianças e gestantes dessa região que tem difícil acesso.

É bom lembrar que nosso município não tem unidade de pronto atendimento, isto é outra dificuldade dentro da atenção à Demanda Espontânea, pois as urgências e emergências que ocorrem em nosso posto precisam e requerem atenção médica cedo, o que limita o desenvolvimento da atenção médica planejada. Então, nossa UBS deve oferecer atendimento adequado e cobrir as demandas espontâneas, porém, as prioridades de atendimento, não se dão por meio de critérios técnicos, mas pelo senso comum, o que resulta no descontentamento do usuário e na oferta de assistência de baixa qualidade. Não há, portanto, sinergia da equipe para o alcance de melhores formas de se conduzir a demanda espontânea.

Em nossa UBS, a puericultura é uma ação médica simples que precisa ser implantada de forma integral e sistematizada, porém, temos a necessidade da

contratação de um médico pediatra pelos órgãos públicos para garantir uma correta avaliação e seguimento do desenvolvimento infantil.

Também temos falha do controle demográfico da população infantil por falta de coletas de dados e não temos controle do nascimento das crianças no município. O total de crianças do município na faixa etária de 0 a 72 meses é 114 (com 152 de cobertura), destes, 10 são menores de um ano (04 do sexo masculino e 06 do sexo feminino) e 104 ficam entre 1 a 6 anos (masculino 50 e feminino 54), somente os menores de um ano recebem atendimento pelo enfermeiro, com realização de medidas antropométricas (peso, altura, circunferência cefálica e torácica de forma mensal).

A UBS constatou uma série de deficiências na atenção à puericultura que precisamos modificar e intensificar o trabalho de educação e promoção da saúde infantil: de 10 crianças menores de um ano, 06 residem no interior; isto dificulta o acesso aos serviços de saúde e seguimento do atendimento domiciliar; baixo nível educacional e cultural dos pais: isto dificulta as diferentes ações preventivas de educação e promoção da saúde, principalmente em doenças eventuais como: respiratórias e os acidentes domésticos e outras; condições precárias de higiene: isto favorece aparecimento de doenças diarreicas, contagiosas e verminose; variações climáticas desfavoráveis: aumenta possibilidades de doenças virais;

Quanto aos indicadores de qualidade, é bom ressaltar que a vacina, o teste do pezinho até sete dias, triagem auditiva e monitoramento do crescimento é feito em 100% das crianças. Por estas razões, achamos que temos que mudar o trabalho da puericultura em nossa USF, levando em conta que a puericultura consiste em consultas regulares (feita pelo pediatra ou médico clínico geral) com a finalidade de supervisão do crescimento, desenvolvimento e atuação do médico em eventuais situações, não se ater somente a queixa da mãe e o exame físico deve ser o mais completo possível. Além disso, a detecção precoce dos distúrbios é essencial para seu tratamento, uma vez que, quanto mais cedo se iniciarem as medidas adequadas, menos sequelas haverá e melhor será o prognóstico do quadro clínico, pois, com o aproveitamento integral da potencialidade intelectual

do bebê, dos lactentes e adolescentes estes usuários estão mais preparados para os desafios da vida moderna.

Passando a análise para a atenção no pré-natal e puerpério, lembramos que ainda é uma das deficiências em saúde coletiva que precisa melhorar as gestões, programas e ações em política de saúde, em nossa ESF os profissionais da saúde esforçam-se no desempenho da atenção ao pré-natal, mas apresentamos algumas deficiências, fora de nossa vontade, que ficam como obstáculo na qualidade do programa em nossa UBS: não fazemos teste de gravidez, nem ultrassonografia, o que representa uma dificuldade no possível diagnóstico e captação precoce de uma gestante; não temos laboratório dentro da UBS (independentemente de ficar um laboratório por convênio dentro do município, achamos que dificulta a acessibilidade, levando em conta que a maioria de nossas gestantes mora no interior do município); não temos um ginecologista em nossa UBS (a atenção pré-natal é feita por um ginecologista somente um dia na semana com uma periodicidade mensal); não temos hospitais nem unidade de pronto atendimento (em nossa unidade, não temos muitos medicamentos para evitar a evolução de doenças que podem apresentar-se durante a gestação: por exemplo, a hidralazina para a hipertensão gestacional, patologia que constitui a primeira causa de morte nas gestantes).

Além disso, toda doença ou complicação que possa ter numa gestante, precisa de encaminhamento para fora de nosso município; a maioria de nossas gestantes, 16 acompanhadas na unidade (para 42 de cobertura), e puérperas moram no interior (coisa que dificulta o acesso aos serviços de saúde), tem baixo nível de escolaridade e renda (que é uma dificuldade para a assistência à saúde: educação e promoção da saúde); as consultas de Puerpério não recebem exame ginecológico, avaliação do estado psíquico, orientações sobre cuidados básicos com o recém-nascido.

Quanto à prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama, o trabalho preventivo de rastreamento do câncer é organizado, feito num só dia da semana, tanto para o câncer de mama (indicador de cobertura 294) como para o de colo de útero (indicador de cobertura 786). No caso do câncer de

colo de útero, a coleta para o exame citopatológico é feita somente pelo enfermeiro, também se realiza o controle dos resultados dos exames, da mamografia para o programa de câncer de mama e o citopatológico no caso de câncer de colo de útero, pelo prontuário clínico, e também pelo computador.

Por outro lado, temos algumas deficiências em nossa UBS que limitam a educação e promoção à saúde, tais como: necessidade de elevar a conscientização da população acerca da importância da realização do autoexame de mama e sobre os fatores de risco destas doenças na população feminina na faixa etária de risco; não temos o controle do total de mulheres que procuram os serviços médicos particulares, também, não se realiza o controle dos resultados do exame nestas mulheres; não temos profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção do câncer de colo uterino e de mama.

Além disso, com os dados da ESF, foi possível preencher o caderno das ações programáticas. No que diz respeito à prevenção do câncer de colo de útero, o Caderno de Ações Programáticas (CAP) estima um total de 786 mulheres de 25 a 64 anos e acompanhamos 632, o que equivale a 80%, entretanto, apenas 162 mulheres (26%) estão com exames citopatológicos para câncer de colo de útero em dia, sendo este valor pouco aceitável, de modo que precisamos elevar o trabalho de educação e promoção neste indicador, conhecendo que muitas mulheres procuram atendimento particular.

Em relação ao câncer de mama, existem 358 mulheres em nosso município com idade entre 50 e 60 anos e que são acompanhadas pela UBS, mas o CAP estima apenas 294, assim temos uma cobertura de 100%. Também temos um bom resultado em relação às mulheres que estão com o exame de mamografia em dia, pois possuímos 251 mulheres com este exame atualizado, o que representa 85%.

A HAS e a DM são doenças crônicas muito comuns na comunidade e que, se não forem tratadas precocemente, aumentam os riscos de doença nos rins e

doença aterosclerótica como: infarto do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais, doenças dos membros inferiores e retinopatias.

Com a incorporação do PMMB, nossa ESF fortalece e planeja os atendimentos nos domicílios destes usuários com o objetivo de supervisionar o cumprimento do tratamento, assim como garantir a atenção e controle naqueles que, por suas condições, não possibilitam a chegada ao posto de saúde, também na realização de palestra com os usuários e familiares sobre os fatores de risco que podem aumentar o desenvolvimento ou complicações destas patologias como: dieta rica em sódio, farinha de milho, gorduras, fumo, álcool, o café, o sedentarismo.

Além disso, realizamos o controle dos valores da pressão arterial com o esfigmomanômetro e fazemos avaliação de lesões nos pés destes usuários. Mas, temos que aumentar os níveis de pesquisa na população, pois acreditamos que fica uma morbidade oculta na comunidade, porém, os fatores de herança familiar existem na grande maioria dos casos; sem esquecer que as ações sobre estes fatores são poucas eficazes.

Em relação aos indicadores relacionados à diabetes, temos 35 usuários na área que são acompanhados na UBS, o que representa 19% para uma estimativa 182 pessoas.

Na HAS temos 324 usuários de 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, representando 51% de cobertura se levarmos em consideração, os 638 usuários estimado pelo CAP, porém os indicadores de qualidade mostram resultados negativos para estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, avaliação da saúde bucal em dia e exames complementares periódicos em dia.

Levando em conta que temos usuários que procuram assistência no setor particular, achamos que não existe o bom controle na incidência e prevalência destes usuários, porém em nosso trabalho fazemos diagnósticos destas patologias em estágios muito avançados, em usuários que procuram o atendimento médico pelas complicações em algumas ocasiões, pois temos que

fazer um maior esforço no trabalho de educação e promoção da saúde na comunidade e a pesquisa destas doenças na população.

A atenção à saúde na terceira idade é uma das prioridades em saúde coletiva que precisa ainda melhorar as gestões, programas e ações em política de saúde. Nossa ESF realiza o atendimento diário para este usuário que procura nosso serviço, segundo a demanda que apresenta, incluindo as urgências-emergências.

Com o PMMB, nosso município teve um grande avanço no trabalho da atenção aos idosos, pois possibilita realizar o controle e avaliação destes usuários em seu domicílio, que não podem assistir ao posto de saúde, em algumas patologias como: Alzheimer, a demência, acidente vascular encefálico, acamados, fratura do quadril e outros que tem difícil acesso por sua moradia.

Nosso município tem uma população de pessoas com mais de 60 anos de 490 usuários (com 390 de cobertura), destes 217 são homens e 273 são mulheres, representando quase 20% da população total. Com hipertensão arterial temos 220 pessoas, e 17 são diabéticos e 14 acamados, a maioria deles mora no interior do município.

E quanto aos indicadores de qualidade, temos alguns muito desfavoráveis como são: não existe caderneta de saúde a pessoa idosa, não tem a avaliação de indicadores de fragilização na velhice, também não tem a avaliação de risco para morbimortalidade e avaliação multidimensional rápida. Por essas razões, achamos que temos que garantir uma melhor atenção médica nesta faixa etária para elevar a qualidade de vida em nossos idosos.

Diante do exposto, esperamos que esta documentação seja uma via para identificar os principais fatores de risco envolvidos na determinação das doenças, não só as infectocontagiosas, mas principalmente as crônicas degenerativas, também ofereça uma via para avaliar as dificuldades que limitam o desenvolvimento da atenção pública e permita determinar as prioridades de ação com o objetivo de elevar a qualidade na atenção básica da saúde na comunidade. Mas, consideramos que o maior desafio em nosso trabalho se concentra na realização de atividades de educação, promoção e prevenção na saúde a fim de

propiciar mudança dos hábitos e estilos de vida, que melhore a qualidade de vida do homem, da família e da comunidade. Por essas razões, considero que o melhor recurso em nossa ESF, sempre será o fator humano de nossos profissionais em seu empenho de oferecer uma melhor atenção à população.

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

Fazendo uma análise comparativa do relatório de análise situacional com o documento feito na segunda semana de Ambientação, acreditamos que aquele primeiro texto apresentou uma descrição fixa da estrutura física da UBS, onde fica a integração dos profissionais da saúde e a distribuição dos setores no espaço físico (edificação). Porém, nosso relatório atual é uma descrição não somente da estrutura física da UBS, mas também, da situação epidemiológica do município, levando em conta a situação geográfica, fatores socioeconômicos e culturais.

Além disso, faz um estudo dos diferentes fatores de risco que envolvem a saúde da pessoa, da família e da comunidade. Portanto, este relatório não intenciona somente ressaltar as deficiências atualmente presentes no município, mas é uma proposta simples para solucionar esses problemas e no futuro, melhorar a qualidade da saúde da população na atenção pública.

Assim, considero que o relatório elaborado tem melhor qualidade e aprofundamento. O relatório descreve de forma mais detalhada a estrutura física da unidade com base em temas aprendidos de como deve ser a estrutura e o funcionamento da unidade. Com a realização da unidade de análise situacional foi possível refletir com mais profundidade sobre os déficits de recursos materiais e humanos e sobre as atribuições dos profissionais. A metodologia do curso permitiu maior aprendizagem pessoal e a identificação de uma série de problemas que inicialmente não apareceram, para que assim, pudesse traçar metas para resolvê-los ou pelo menos trabalhar em conjunto para minimizá-los.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

A essência de toda ação das instituições públicas é sempre procurar melhorar os níveis em saúde da população, melhorar a qualidade na atenção médica da população e garantir uma diminuição dos fatores de risco quanto ao equilíbrio saúde-doença, para diminuir a morbimortalidade da comunidade provocada por doenças como a HAS e a DM.

Neste sentido, a HAS e DM são doenças crônicas não transmissíveis que constituem as causas de morte que mais afetam a população, pois são agravos que se não forem controlados podem resultar em lesões que geram incapacidades e limitações na vida destas pessoas. Esta é precisamente a importância da escolha destas doenças como foco da intervenção. Apesar de serem doenças diferentes, a hipertensão e o diabetes frequentemente caminham lado a lado, pedindo mais cuidados durante o tratamento. “A HA tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta (com idade maior ou igual a 20 anos) e o DM tem prevalência de 7,6% na população de 30 a 69 anos”.⁽⁵⁾

“A Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes Mellitus (DM) são apontados como os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que por sua vez constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, motivo pelo qual representam agravos à Saúde Pública, dos quais 60% a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica.”⁽⁵⁾

“A HA sistêmica e o DM, juntamente com o tabagismo, as dislipidemias e o sedentarismo, constituem os fatores de risco de maior prevalência conhecidos e controláveis das doenças cerebrovasculares e das doenças cardíacas isquêmicas”.⁽⁵⁾

“A maioria dos indivíduos acometidos pela Diabetes do tipo II (DM2) também apresenta obesidade, hipertensão arterial”.⁽⁴⁾

“O diagnóstico precoce, o uso adequado de medicamentos e hábitos saudáveis podem ajudar pacientes que sofrem dessas doenças, ambas contam

com programas governamentais que vão desde a prevenção, entrega de medicação gratuita, acompanhamento (BRASIL, 2011). Há ainda um programa conhecido como Hiperdia que atua na prevenção e acompanhamento de pacientes com hipertensão e/ou diabetes. O governo em conjunto com a comunidade científica vem estudando e analisando essas doenças e os efeitos que a mesma causa na sociedade, internações, convalescimento, perda de membros, cegueira e até mesmo a morte são algumas características dessas doenças que acometem a sociedade e deixam governo e sociedade científica sempre alerta”.⁽³⁾

Diante do exposto, nossa equipe considera muito pertinente a escolha destas doenças para desenvolver o trabalho com o foco da intervenção sobre HAS e DM pela alta incidência de morbimortalidade causada por essas doenças no município. Entretanto, nos deparamos com algumas dificuldades para cumprir com estes objetivos e metas, como: a não existência do armazenamento dos dados associado à não existência do sistema do cadastramento informatizado segundo E-SUS, este programa em fase de implantação dificulta a geração de relatórios precisos que propiciem o conhecimento da incidência e prevalência exata quanto a estas doenças.

Alguns aspectos viabilizam a realização da intervenção em nossa UBS: a existência da equipe completa que antigamente não tinha na UBS, a aceitação e integração da equipe para desenvolver o trabalho do foco da intervenção, o engajamento e apoio dos profissionais da UBS, além da secretaria da saúde e prefeitura para dar cumprimento aos nossos objetivos.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral: Melhorar a Atenção à Saúde de Hipertensos e Diabéticos maiores de 20 anos, na UBS Vista Alegre, no município de Vista Alegre/RS.

2.2.2 Objetivos Específicos e Metas

Os objetivos de nossa ação programática estão listados a seguir:

- Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos da Unidade de Saúde.
- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos da Unidade de Saúde.
- Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
- Melhorar o registro das informações dos usuários hipertensos e diabéticos da Unidade de saúde.
- Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde.

Relativa ao objetivo 1: **Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos da área da Unidade de Saúde.**

- Meta 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.
- Meta 1.2 Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Relativa ao objetivo 2: **Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos da área da Unidade de Saúde.**

- Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado e avaliação do índice de massa corporal em 100% dos hipertensos.
- Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado e avaliação do índice de massa corporal em 100% dos diabéticos.
- Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

- Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.
- Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.
- Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

- Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada
- Meta 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada

Relativa ao objetivo 4: **Melhorar o registro das informações dos usuários hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde.**

- Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.
- Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Relativa ao objetivo 5: **Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.**

- Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 6: **Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

- Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.
- Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.
- Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.
- Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.
- Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.
- Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.
- Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.
- Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Vista Alegre, no município Vista Alegre, Rio Grande do Sul. Contaremos assim, com a participação dos hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos de idade e que fazem parte da área de abrangência da UBS.

2.3.1 Detalhamento das AÇÕES

- **COBERTURA**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos hipertensos

Meta 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial

Monitoramento e Avaliação

AÇÃO 1: Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

DETALHAMENTO: Além da monitorização do cadastro dos usuários hipertensos existentes no posto de saúde, temos que cadastrar aqueles usuários não acompanhados pela UBS, manter a pesquisa ativa para avaliação dos valores de pressão arterial na população maior de 20 anos, também adotar livro destes usuários para o cadastro dos casos novos diagnosticados.

Organização e Gestão do Serviço

AÇÃO 2: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial, a medida da estatura e a medida do peso e assim calcular o índice de massa corporal - IMC, (esfigmomanômetro, estetoscópio, fita métrica, balança de peso, tabela de peso e altura) na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: Temos que criar um livro para o registro dos usuários hipertensos, além disso, disponibilizar um esfigmomanômetro na mala de visita domiciliar e triagem, realizar manutenção dos aparelhos esfigmomanômetro semestral, assim como disponibilizar estetoscópio, fita métrica, balança de peso e a tabela do índice de massa corporal.

Engajamento Público

AÇÃO 3: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

DETALHAMENTO: Promover a divulgação através dos ACS, da criação de murais e panfletos informativos na comunidade, usar a rádio do município como via de informação e divulgação, assim como cartazes na UBS, escola, lojas, igrejas, etc.

Qualificação da Prática Clínica

AÇÃO 4: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde e a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, medir peso e medir estatura.

DETALHAMENTO: realização de palestra sobre o protocolo de hipertensão arterial, insistindo na promoção e prevenção desta doença, sobre as medicações dos usuários, assim como no preenchimento da ficha de cadastramento nas visitas domiciliares e na procura dos novos casos, também na busca dos usuários faltosos. Nas reuniões do posto de saúde serão realizadas atualizações para a equipe sobre avaliação criteriosa dos valores da pressão arterial, uso correto do manguito, peso e estatura; assim como a técnica do hemoglicoteste na população alvo; também acerca dos exames que precisarão estes usuários no seu acompanhamento.

Meta 1.2 Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial

Monitoramento e Avaliação

AÇÃO 1: Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

DETALHAMENTO: Além da monitorização do cadastro dos usuários diabéticos existentes no posto de saúde, temos que cadastrar aqueles usuários não acompanhados pela UBS, manter a pesquisa ativa para avaliação dos valores de pressão arterial na população maior de 20 anos, também adotar livro destes usuários para o cadastro dos casos novos diagnosticados.

Organização e Gestão do Serviço

AÇÃO 2: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial, teste de glicose,

a medida da estatura e a medida do peso e assim calcular o índice de massa corporal - IMC, (esfigmomanômetro, estetoscópio, fita métrica, balança de peso, tabela de peso e altura) na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: Temos que criar um livro para o registro dos usuários diabéticos, além disso, disponibilizar um esfigmomanômetro na mala de visita domiciliar e triagem, realizar manutenção dos aparelhos esfigmomanômetro semestral, assim como disponibilizar estetoscópio, fita métrica, balança de peso e a tabela do índice de massa corporal.

Engajamento Público

AÇÃO 3: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes.

DETALHAMENTO: Promover a divulgação através dos ACS, da criação de murais e panfletos informativos na comunidade, usar a radio do município como via de informação e divulgação, assim como cartazes na UBS, escola, lojas, igrejas, etc.

Qualificação da Prática Clínica

AÇÃO 4: Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial e teste de glicose de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito ,medir peso e medir estatura.

DETALHAMENTO: realização de palestra sobre o protocolo de diabetes mellitus, insistindo na promoção e prevenção desta doença, sobre as medicações dos usuários, assim como no preenchimento da ficha de cadastramento nas visitas domiciliares e na procura dos novos casos, também na busca dos usuários faltosos. Nas reuniões do posto de saúde serão realizadas atualizações para a equipe sobre avaliação criteriosa dos valores da pressão arterial, uso correto do manguito, peso e estatura; assim como a técnica do hemoglicoteste na população alvo; também acerca dos exames que precisarão estes usuários no seu acompanhamento.

- **QUALIDADE**

Objetivo 2.1 Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado e avaliação do índice de massa corporal em 100% dos hipertensos.

Monitoramento e Avaliação

AÇÃO 1: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos, com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e os usuários hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

DETALHAMENTO: Avaliação e controle das fichas de atendimento dos hipertensos, assim como da ficha espelho e planilha coleta de dados, levar o controle dos usuários que recebem medicamento na farmácia da unidade de saúde, levar registro dos usuários hipertensos que precisam de atendimento odontológico.

Organização e Gestão do Serviço

AÇÃO 2: 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 e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: Orientar aos membros da equipe sobre a sua função no exame clínico (equipe de enfermagem na triagem), disponibilizar os protocolos que serão adotados no posto de saúde, garantir folhas e impressora, atualizar os profissionais sobre os temas destas doenças bimestralmente.

Engajamento Público

AÇÃO 3: 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 e orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

DETALHAMENTO: Os ACS deverão divulgar na visita domiciliares os fatores de risco desta doença, assim como as suas complicações, também falarão sobre os cuidados higiênicos do pé, divulgar sobre os riscos cardiovasculares e neurológicos destas doenças, também sobre a importância da realização periódica dos exames. Pode ser também através de mural, panfleto na comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

AÇÃO 4: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e a solicitação dos exames complementares e a necessidade de atendimento odontológico.

- DETALHAMENTO: Estimular o estudo individual e coletivo do protocolo e atualizações sobre hipertensão; garantir a realização dos complementares de acordo ao protocolo, monitorar os usuários diabéticos e hipertensos que recebem atendimento odontológico.

Objetivo 2.2 Melhorar a qualidade da atenção a diabéticos

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado e avaliação do índice de massa corporal em 100% dos diabéticos

Monitoramento e Avaliação

AÇÃO 1: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos, com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e os usuários hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

DETALHAMENTO: Avaliação e controle das fichas de atendimento dos diabéticos, assim como da ficha espelho e planilha coleta de dados, levar o controle dos usuários que recebem medicamento na farmácia da unidade de saúde, levar registro dos usuários diabéticos que precisam de atendimento odontológico.

Organização e Gestão do Serviço

AÇÃO 2: 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 e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: Orientar aos membros da equipe sobre a sua função no exame clínico (equipe de enfermagem na triagem), disponibilizar os protocolos que serão adotados no posto de saúde, garantir folhas e impressora, atualizar os profissionais sobre os temas destas doenças bimestralmente.

Engajamento Público

AÇÃO 3: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente e orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

DETALHAMENTO: Os ACS deverão divulgar na visita domiciliares os fatores de risco desta doença, assim como as suas complicações, também falarão sobre os cuidados higiênicos do pé, divulgar sobre os riscos cardiovasculares e neurológicos destas doenças, também sobre a importância da realização periódica dos exames. Pode ser também através de mural, panfleto na comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

AÇÃO 4: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e a solicitação dos exames complementares e a necessidade de atendimento odontológico.

- DETALHAMENTO: Estimular o estudo individual e coletivo do protocolo e atualizações sobre diabetes; garantir a realização dos complementares de acordo ao protocolo, monitorar os usuários diabéticos que recebem atendimento odontológico.

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

Monitoramento e Avaliação

AÇÃO 1: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos, com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e os usuários hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

DETALHAMENTO: Avaliação e controle das fichas de atendimento dos hipertensos, assim como da ficha espelho e planilha coleta de dados, levar o controle dos usuários que recebem medicamento na farmácia da unidade de saúde, levar registro dos usuários hipertensos que precisam de atendimento odontológico.

Organização e Gestão do Serviço

AÇÃO 2: 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 e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: Orientar aos membros da equipe sobre a sua função no exame clínico (equipe de enfermagem na triagem), disponibilizar os protocolos que serão adotados no posto de saúde, garantir folhas e impressora, atualizar os profissionais sobre os temas destas doenças bimestralmente.

Engajamento Público

AÇÃO 3: 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 e orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

DETALHAMENTO: Os ACS deverão divulgar na visita domiciliares os fatores de risco desta doença, assim como as suas complicações, também falarão sobre os cuidados higiênicos do pé, divulgar sobre os riscos cardiovasculares e neurológicos destas doenças, também sobre a importância da realização periódica dos exames. Pode ser também através de mural, panfleto na comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

AÇÃO 4: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e a solicitação dos exames complementares e a necessidade de atendimento odontológico.

- **DETALHAMENTO:** Estimular o estudo individual e coletivo do protocolo e atualizações sobre hipertensão; garantir a realização dos complementares de acordo ao protocolo, monitorar os usuários diabéticos e hipertensos que recebem atendimento odontológico.

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

Monitoramento e Avaliação

AÇÃO 1: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos, com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e os usuários hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

DETALHAMENTO: Avaliação e controle das fichas de atendimento dos diabéticos, assim como da ficha espelho e planilha coleta de dados, levar o controle dos usuários que recebem medicamento na farmácia da unidade de saúde, levar registro dos usuários diabéticos que precisam de atendimento odontológico.

Organização e Gestão do Serviço

AÇÃO 2: 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 e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: Orientar aos membros da equipe sobre a sua função no exame clínico (equipe de enfermagem na triagem), disponibilizar os protocolos que serão adotados no posto de saúde, garantir folhas e impressora, atualizar os profissionais sobre os temas destas doenças bimestralmente.

Engajamento Público

AÇÃO 3: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente e orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

DETALHAMENTO: Os ACS deverão divulgar na visita domiciliares os fatores de risco desta doença, assim como as suas complicações, também falarão sobre os cuidados higiênicos do pé, divulgar sobre os riscos cardiovasculares e neurológicos destas doenças, também sobre a importância da realização periódica dos exames. Pode ser também através de mural, panfleto na comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

AÇÃO 4: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e a solicitação dos exames complementares e a necessidade de atendimento odontológico.

- **DETALHAMENTO:** Estimular o estudo individual e coletivo do protocolo e atualizações sobre diabetes; garantir a realização dos complementares de acordo ao protocolo, monitorar os usuários diabéticos que recebem atendimento odontológico.

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

Monitoramento e Avaliação

AÇÃO 1: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos, com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e os usuários hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

DETALHAMENTO: Avaliação e controle das fichas de atendimento dos hipertensos, assim como da ficha espelho e planilha coleta de dados, levar o controle dos usuários que recebem medicamento na farmácia da unidade de saúde, levar registro dos usuários hipertensos que precisam de atendimento odontológico.

Organização e Gestão do Serviço

AÇÃO 2: 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 e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: Orientar aos membros da equipe sobre a sua função no exame clínico (equipe de enfermagem na triagem), disponibilizar os protocolos que serão adotados no posto de saúde, garantir folhas e impressora, atualizar os profissionais sobre os temas destas doenças bimestralmente.

Engajamento Público

AÇÃO 3: 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 e orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

DETALHAMENTO: Os ACS deverão divulgar na visita domiciliares os fatores de risco desta doença, assim como as suas complicações, também falarão sobre os cuidados higiênicos do pé, divulgar sobre os riscos cardiovasculares e neurológicos destas doenças, também sobre a importância da realização periódica dos exames. Pode ser também através de mural, panfleto na comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

AÇÃO 4: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e a solicitação dos exames complementares e a necessidade de atendimento odontológico.

- **DETALHAMENTO:** Estimular o estudo individual e coletivo do protocolo e atualizações sobre hipertensão; garantir a realização dos complementares de acordo ao protocolo, monitorar os usuários diabéticos e hipertensos que recebem atendimento odontológico.

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

Monitoramento e Avaliação

AÇÃO 1: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos, com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e os usuários hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

DETALHAMENTO: Avaliação e controle das fichas de atendimento dos diabéticos, assim como da ficha espelho e planilha coleta de dados, levar o controle dos usuários que recebem medicamento na farmácia da unidade de saúde, levar registro dos usuários diabéticos que precisam de atendimento odontológico.

Organização e Gestão do Serviço

AÇÃO 2: 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 e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: Orientar aos membros da equipe sobre a sua função no exame clínico (equipe de enfermagem na triagem), disponibilizar os protocolos que serão adotados no posto de saúde, garantir folhas e impressora, atualizar os profissionais sobre os temas destas doenças bimestralmente.

Engajamento Público

AÇÃO 3: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente e orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

DETALHAMENTO: Os ACS deverão divulgar na visita domiciliares os fatores de risco desta doença, assim como as suas complicações, também falarão sobre os cuidados higiênicos do pé, divulgar sobre os riscos cardiovasculares e neurológicos destas doenças, também sobre a importância da realização periódica dos exames. Pode ser também através de mural, panfleto na comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

AÇÃO 4: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e a solicitação dos exames complementares e a necessidade de atendimento odontológico.

- DETALHAMENTO: Estimular o estudo individual e coletivo do protocolo e atualizações sobre diabetes; garantir a realização dos complementares de acordo ao protocolo, monitorar os usuários diabéticos que recebem atendimento odontológico.

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

Monitoramento e Avaliação

AÇÃO 1: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos, com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e os usuários hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

DETALHAMENTO: Avaliação e controle das fichas de atendimento dos hipertensos, assim como da ficha espelho e planilha coleta de dados, levar o controle dos usuários que recebem medicamento na farmácia da unidade de saúde, levar registro dos usuários hipertensos que precisam de atendimento odontológico.

Organização e Gestão do Serviço

AÇÃO 2: 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 e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: Orientar aos membros da equipe sobre a sua função no exame clínico (equipe de enfermagem na triagem), disponibilizar os protocolos que serão adotados no posto de saúde, garantir folhas e impressora, atualizar os profissionais sobre os temas destas doenças bimestralmente.

Engajamento Público

AÇÃO 3: 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 e orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

DETALHAMENTO: Os ACS deverão divulgar na visita domiciliares os fatores de risco desta doença, assim como as suas complicações, também falarão sobre os cuidados higiênicos do pé, divulgar sobre os riscos cardiovasculares e neurológicos destas doenças, também sobre a importância da realização periódica dos exames. Pode ser também através de mural, panfleto na comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

AÇÃO 4: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e a solicitação dos exames complementares e a necessidade de atendimento odontológico.

- **DETALHAMENTO:** Estimular o estudo individual e coletivo do protocolo e atualizações sobre hipertensão; garantir a realização dos complementares de acordo ao protocolo, monitorar os usuários diabéticos e hipertensos que recebem atendimento odontológico.

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

Monitoramento e Avaliação

AÇÃO 1: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos, com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e os usuários hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

DETALHAMENTO: Avaliação e controle das fichas de atendimento dos diabéticos, assim como da ficha espelho e planilha coleta de dados, levar o controle dos usuários que recebem medicamento na farmácia da unidade de saúde, levar registro dos usuários diabéticos que precisam de atendimento odontológico.

Organização e Gestão do Serviço

AÇÃO 2: 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 e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: Orientar aos membros da equipe sobre a sua função no exame clínico (equipe de enfermagem na triagem), disponibilizar os protocolos que serão adotados no posto de saúde, garantir folhas e impressora, atualizar os profissionais sobre os temas destas doenças bimestralmente.

Engajamento Público

AÇÃO 3: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente e orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

DETALHAMENTO: Os ACS deverão divulgar na visita domiciliares os fatores de risco desta doença, assim como as suas complicações, também falarão sobre os cuidados higiênicos do pé, divulgar sobre os riscos cardiovasculares e neurológicos destas doenças, também sobre a importância da realização periódica dos exames. Pode ser também através de mural, panfleto na comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

AÇÃO 4: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e a solicitação dos exames complementares e a necessidade de atendimento odontológico.

- **DETALHAMENTO:** Estimular o estudo individual e coletivo do protocolo e atualizações sobre diabetes; garantir a realização dos complementares de acordo ao protocolo, monitorar os usuários diabéticos que recebem atendimento odontológico.

- **ADESÃO**

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

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

Monitoramento e Avaliação

AÇÃO 1: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

DETALHAMENTO: Identificar aos usuários faltosos à consultas

Organização e Gestão do Serviço

AÇÃO 2: Organizar visitas domiciliares para buscar aos hipertensos e diabético faltosos.

DETALHAMENTO: incentivar os ACS a procurar aos usuários faltosos nas visitas domiciliares.

Engajamento Público

AÇÃO 3: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas e esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

DETALHAMENTO: Divulgação através dos ACS nas visitas domiciliares, colocar nas comunidades cartazes, mural na comunidade com estes temas, oferecer panfletos informativos nos domicílios.

Qualificação da Prática Clínica

AÇÃO 4: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

DETALHAMENTO: fornecer capacitação aos ACS, semanalmente, sobre a periodicidade das consultas destes usuários segundo o protocolo, insistindo na prevenção e cumprimento dos tratamentos.

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

Monitoramento e Avaliação

AÇÃO 1: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

DETALHAMENTO: Identificar aos usuários faltosos à consultas

Organização e Gestão do Serviço

AÇÃO 2: Organizar visitas domiciliares para buscar aos diabético faltosos.

DETALHAMENTO: incentivar os ACS a procurar aos usuários faltosos nas visitas domiciliares.

Engajamento Público

AÇÃO 3: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas e esclarecer aos portadores de diabéticos à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

DETALHAMENTO: Divulgação através dos ACS nas visitas domiciliares, colocar nas comunidades cartazes, mural na comunidade com estes temas, oferecer panfletos informativos nos domicílios.

Qualificação da Prática Clínica

AÇÃO 4: Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

DETALHAMENTO: fornecer capacitação aos ACS, semanalmente, sobre a periodicidade das consultas destes usuários segundo o protocolo, insistindo na prevenção e cumprimento dos tratamentos.

- **REGISTRO**

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações.

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

Monitoramento e Avaliação

AÇÃO 1: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: Temos que revisar mensalmente o registro dos hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS

Organização e Gestão do Serviço

AÇÃO 2: Manter as informações do SIAB atualizada, implantar o E- SUS, 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: Os ACS realizam o cadastramento dos usuários, semanalmente, e informam esses dados para manter a atualização do SIAB; criamos um livro de registro dos hipertensos e diabéticos atualizados pela equipe de enfermagem mensalmente, acompanhamos os usuários com atraso na consulta, na realização de exame complementar e sem avaliação de comprometimento de órgãos alvo.

Engajamento Público

AÇÃO 3: 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: Através dos ACS nas visitas domiciliares divulgamos os direitos dos usuários à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, se necessário; além disso, divulgamos pelos canais de rádio do município estas informações, colocamos cartazes em murais na UBS e comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

AÇÃO 4: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos; capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

DETALHAMENTO: Nas reuniões da equipe e da UBS ofereceremos capacitação sobre o preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento e sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos nas consultas.

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

Monitoramento e Avaliação

AÇÃO 1: Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: Temos que revisar mensalmente o registro dos diabéticos acompanhados na UBS

Organização e Gestão do Serviço

AÇÃO 2: Manter as informações do SIAB atualizada, implantar o E- SUS, 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: Os ACS realizam o cadastramento dos usuários, semanalmente, e informam esses dados para manter a atualização do SIAB; criamos um livro de registro dos hipertensos e diabéticos atualizados pela equipe de enfermagem mensalmente, acompanhamos os usuários com atraso na consulta, na realização de exame complementar e sem avaliação de comprometimento de órgãos alvo.

Engajamento Público

AÇÃO 3: 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: Através dos ACS nas visitas domiciliares divulgamos os direitos dos usuários à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, se necessário; além disso, divulgamos pelos canais de rádio do município estas informações, colocamos cartazes em murais na UBS e comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

AÇÃO 4: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos diabéticos; capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

DETALHAMENTO: Nas reuniões da equipe e da UBS ofereceremos capacitação sobre o preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento e sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos nas consultas.

- **AVALIAÇÃO DO RISCO**

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

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

Monitoramento e Avaliação

AÇÃO 1: Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

DETALHAMENTO: Além de revisar as fichas de atendimento destes usuários, criamos um ponto no livro de registro onde fica a avaliação do risco cardiovascular segundo o escore de Framingham.

Organização e Gestão do Serviço

AÇÃO 2: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

DETALHAMENTO: Além de priorizar o atendimento aos usuários com alto risco cardiovascular, oferecer-lhe informações da data do seu acompanhamento planejado no livro de registro da UBS. Também temos que organizar a agenda para o seu atendimento segundo a demanda e garantir a impressão do escore de Framingham para o seu uso na UBS.

Engajamento Público

AÇÃO 3: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

DETALHAMENTO: garantir o conhecimento sobre o risco da patologia HAS aos usuários e familiares nas visitas domiciliares, através da entrega de panfletos informativos a estes usuários, à sua família e comunidade, abordando sobre a importância do controle dos fatores de risco; coordenar com o profissional de educação física e nutricionista palestras aos usuários de alto risco e comunidade sobre a prática de exercícios físicos e alimentação saudável.

Qualificação da Prática Clínica

AÇÃO 4: 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 e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

DETALHAMENTO: Na reunião da equipe oferecer capacitação sobre estratificação de risco segundo o escore de Framingham, também sobre a importância do registro da avaliação e quanto a estratégia para o controle de fatores de riscos modificáveis (a dieta, obesidade, sedentarismo e tabagismo).

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

Monitoramento e Avaliação

AÇÃO 1: Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

DETALHAMENTO: Além de revisar as fichas de atendimento destes usuários, criamos um ponto no livro de registro onde fica a avaliação do risco cardiovascular segundo o escore de Framingham.

Organização e Gestão do Serviço

AÇÃO 2: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

DETALHAMENTO: Além de priorizar o atendimento aos usuários com alto risco cardiovascular, oferecer-lhe informações da data do seu acompanhamento planejado no livro de registro da UBS. Também temos que organizar a agenda para o seu atendimento segundo a demanda e garantir a impressão do escore de Framingham para o seu uso na UBS.

Engajamento Público

AÇÃO 3: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

DETALHAMENTO: garantir o conhecimento sobre o risco da patologia HAS aos usuários e familiares nas visitas domiciliares, através da entrega de panfletos informativos a estes usuários, à sua família e comunidade, abordando sobre a importância do controle dos fatores de risco; coordenar com o profissional de educação física e nutricionista palestras aos usuários de alto risco e comunidade sobre a prática de exercícios físicos e alimentação saudável.

Qualificação da Prática Clínica

AÇÃO 4: 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 e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

DETALHAMENTO: Na reunião da equipe oferecer capacitação sobre estratificação de risco segundo o escore de Framingham, também sobre a importância do registro da avaliação e quanto a estratégia para o controle de fatores de riscos modificáveis (a dieta, obesidade, sedentarismo e tabagismo).

- **PROMOÇÃO DE SAÚDE**

OBJETIVO 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Monitoramento e Avaliação

AÇÃO 1: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista, a realização de orientação nutricional, atividade física regular e tabagismo aos hipertensos.

DETALHAMENTO: Além da monitorização das consultas com o dentista, devendo encaminhar aqueles usuários que não estão em dia com as consultas periódicas, será necessário contatar o gestor devido à necessidade da disponibilidade nutricionista e profissional de educação física, para realizar essas orientações.

Organização e Gestão do Serviço

AÇÃO 2: Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos hipertensos; estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico;

DETALHAMENTO: Juntamente com a equipe de saúde bucal verificar uma maneira de organizar a agenda para atender aquelas pessoas provenientes de busca ativa que tem grande necessidade de atendimento.

AÇÃO 3: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável; demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade; Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física; demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

DETALHAMENTO: O nutricionista e o profissional de educação física, solicitados ao gestor, realizarão palestras e atividades de grupos para esclarecer e orientar sobre a importância de uma mudança no hábito alimentar e da realização de atividades físicas, enfatizando, também, sobre o abandono do tabagismo.

Engajamento Público

AÇÃO 4: Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde; Orientar hipertensos, e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

DETALHAMENTO: Buscar parcerias que tenham influência na comunidade, como igrejas e escolas, por exemplo. E realizar orientações junto com o nutricionista e o profissional de educação física disponibilizado pelo gestor.

Qualificação da Prática Clínica

AÇÃO 5: Capacitar a equipe para avaliação e tratamento bucal do usuário hipertensos; capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, prática de atividade física regular e tratamento de usuários tabagistas.

DETALHAMENTO: A equipe de saúde bucal realizará uma capacitação simples com os demais integrantes da equipe, para que possam realizar avaliações da necessidade de tratamento bucal, para assim agendar com a equipe de saúde

bucal. Assim como o nutricionista e o profissional de educação física, disponibilizados pelo gestor, realizarão uma breve capacitação para a equipe realizar orientações sobre a prática de alimentação saudável, prática de atividade física e o abandono do tabagismo.

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

Monitoramento e Avaliação

AÇÃO 1: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista, a realização de orientação nutricional, atividade física regular e tabagismo aos hipertensos.

DETALHAMENTO: Além da monitorização das consultas com o dentista, devendo encaminhar aqueles usuários que não estão em dia com as consultas periódicas, será necessário contatar o gestor devido à necessidade da disponibilidade nutricionista e profissional de educação física, para realizar essas orientações.

Organização e Gestão do Serviço

AÇÃO 2: Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos diabéticos; estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico;

DETALHAMENTO: Juntamente com a equipe de saúde bucal verificar uma maneira de organizar a agenda para atender aquelas pessoas provenientes de busca ativa que tem grande necessidade de atendimento.

AÇÃO 3: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável; demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade; Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física; demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

DETALHAMENTO: O nutricionista e o profissional de educação física, solicitados ao gestor, realizarão palestras e atividades de grupos para esclarecer e orientar sobre a importância de uma mudança no hábito alimentar e da realização de atividades físicas, enfatizando, também, sobre o abandono do tabagismo.

Engajamento Público

AÇÃO 4: Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde; Orientar diabéticos, e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

DETALHAMENTO: Buscar parcerias que tenham influência na comunidade, como igrejas e escolas, por exemplo. E realizar orientações junto com o nutricionista e o profissional de educação física disponibilizado pelo gestor.

Qualificação da Prática Clínica

AÇÃO 5: Capacitar a equipe para avaliação e tratamento bucal do usuário diabéticos; capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, prática de atividade física regular e tratamento de usuários tabagistas.

DETALHAMENTO: A equipe de saúde bucal realizará uma capacitação simples com os demais integrantes da equipe, para que possam realizar avaliações da necessidade de tratamento bucal, para assim agendar com a equipe de saúde bucal. Assim como o nutricionista e o profissional de educação física, disponibilizados pelo gestor, realizarão uma breve capacitação para a equipe realizar orientações sobre a prática de alimentação saudável, prática de atividade física e o abandono do tabagismo.

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

Monitoramento e Avaliação

AÇÃO 1: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista, a realização de orientação nutricional, atividade física regular e tabagismo aos hipertensos.

DETALHAMENTO: Além da monitorização das consultas com o dentista, devendo encaminhar aqueles usuários que não estão em dia com as consultas periódicas, será necessário contatar o gestor devido à necessidade da disponibilidade nutricionista e profissional de educação física, para realizar essas orientações.

Organização e Gestão do Serviço

AÇÃO 2: Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos hipertensos; estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico;

DETALHAMENTO: Juntamente com a equipe de saúde bucal verificar uma maneira de organizar a agenda para atender aquelas pessoas provenientes de busca ativa que tem grande necessidade de atendimento.

AÇÃO 3: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável; demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade; Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física; demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

DETALHAMENTO: O nutricionista e o profissional de educação física, solicitados ao gestor, realizarão palestras e atividades de grupos para esclarecer e orientar sobre a importância de uma mudança no hábito alimentar e da realização de atividades físicas, enfatizando, também, sobre o abandono do tabagismo.

Engajamento Público

AÇÃO 4: Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde; Orientar hipertensos, e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

DETALHAMENTO: Buscar parcerias que tenham influência na comunidade, como igrejas e escolas, por exemplo. E realizar orientações junto com o nutricionista e o profissional de educação física disponibilizado pelo gestor.

Qualificação da Prática Clínica

AÇÃO 5: Capacitar a equipe para avaliação e tratamento bucal do usuário hipertensos; capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, prática de atividade física regular e tratamento de usuários tabagistas.

DETALHAMENTO: A equipe de saúde bucal realizará uma capacitação simples com os demais integrantes da equipe, para que possam realizar avaliações da necessidade de tratamento bucal, para assim agendar com a equipe de saúde

bucal. Assim como o nutricionista e o profissional de educação física, disponibilizados pelo gestor, realizarão uma breve capacitação para a equipe realizar orientações sobre a prática de alimentação saudável, prática de atividade física e o abandono do tabagismo.

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

Monitoramento e Avaliação

AÇÃO 1: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista, a realização de orientação nutricional, atividade física regular e tabagismo aos diabéticos.

DETALHAMENTO: Além da monitorização das consultas com o dentista, devendo encaminhar aqueles usuários que não estão em dia com as consultas periódicas, será necessário contatar o gestor devido à necessidade da disponibilidade nutricionista e profissional de educação física, para realizar essas orientações.

Organização e Gestão do Serviço

AÇÃO 2: Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos diabéticos; estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

DETALHAMENTO: Juntamente com a equipe de saúde bucal verificar uma maneira de organizar a agenda para atender aquelas pessoas provenientes de busca ativa que tem grande necessidade de atendimento.

AÇÃO 3: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável; demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade; Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física; demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

DETALHAMENTO: O nutricionista e o profissional de educação física, solicitados ao gestor, realizarão palestras e atividades de grupos para esclarecer e orientar sobre a importância de uma mudança no hábito alimentar e da realização de atividades físicas, enfatizando, também, sobre o abandono do tabagismo.

Engajamento Público

AÇÃO 4: Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde; Orientar diabéticos, e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

DETALHAMENTO: Buscar parcerias que tenham influência na comunidade, como igrejas e escolas, por exemplo. E realizar orientações junto com o nutricionista e o profissional de educação física disponibilizado pelo gestor.

Qualificação da Prática Clínica

AÇÃO 5: Capacitar a equipe para avaliação e tratamento bucal do usuário diabéticos; capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, prática de atividade física regular e tratamento de usuários tabagistas.

DETALHAMENTO: A equipe de saúde bucal realizará uma capacitação simples com os demais integrantes da equipe, para que possam realizar avaliações da necessidade de tratamento bucal, para assim agendar com a equipe de saúde bucal. Assim como o nutricionista e o profissional de educação física, disponibilizados pelo gestor, realizarão uma breve capacitação para a equipe realizar orientações sobre a prática de alimentação saudável, prática de atividade física e o abandono do tabagismo.

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

Monitoramento e Avaliação

AÇÃO 1: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista, a realização de orientação nutricional, atividade física regular e tabagismo aos hipertensos.

DETALHAMENTO: Além da monitorização das consultas com o dentista, devendo encaminhar aqueles usuários que não estão em dia com as consultas periódicas, será necessário contatar o gestor devido à necessidade da disponibilidade nutricionista e profissional de educação física, para realizar essas orientações.

Organização e Gestão do Serviço

AÇÃO 2: Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos hipertensos; estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

DETALHAMENTO: Juntamente com a equipe de saúde bucal verificar uma maneira de organizar a agenda para atender aquelas pessoas provenientes de busca ativa que tem grande necessidade de atendimento.

AÇÃO 3: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável; demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade; Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física; demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

DETALHAMENTO: O nutricionista e o profissional de educação física, solicitados ao gestor, realizarão palestras e atividades de grupos para esclarecer e orientar sobre a importância de uma mudança no hábito alimentar e da realização de atividades físicas, enfatizando, também, sobre o abandono do tabagismo.

Engajamento Público

AÇÃO 4: Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde; Orientar hipertensos, e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

DETALHAMENTO: Buscar parcerias que tenham influência na comunidade, como igrejas e escolas, por exemplo. E realizar orientações junto com o nutricionista e o profissional de educação física disponibilizado pelo gestor.

Qualificação da Prática Clínica

AÇÃO 5: Capacitar a equipe para avaliação e tratamento bucal do usuário hipertensos; capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, prática de atividade física regular e tratamento de usuários tabagistas.

DETALHAMENTO: A equipe de saúde bucal realizará uma capacitação simples com os demais integrantes da equipe, para que possam realizar avaliações da necessidade de tratamento bucal, para assim agendar com a equipe de saúde

bucal. Assim como o nutricionista e o profissional de educação física, disponibilizados pelo gestor, realizarão uma breve capacitação para a equipe realizar orientações sobre a prática de alimentação saudável, prática de atividade física e o abandono do tabagismo.

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

Monitoramento e Avaliação

AÇÃO 1: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista, a realização de orientação nutricional, atividade física regular e tabagismo aos diabéticos.

DETALHAMENTO: Além da monitorização das consultas com o dentista, devendo encaminhar aqueles usuários que não estão em dia com as consultas periódicas, será necessário contatar o gestor devido à necessidade da disponibilidade nutricionista e profissional de educação física, para realizar essas orientações.

Organização e Gestão do Serviço

AÇÃO 2: Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos diabéticos; estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

DETALHAMENTO: Juntamente com a equipe de saúde bucal verificar uma maneira de organizar a agenda para atender aquelas pessoas provenientes de busca ativa que tem grande necessidade de atendimento.

AÇÃO 3: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável; demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade; Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física; demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

DETALHAMENTO: O nutricionista e o profissional de educação física, solicitados ao gestor, realizarão palestras e atividades de grupos para esclarecer e orientar sobre a importância de uma mudança no hábito alimentar e da realização de atividades físicas, enfatizando, também, sobre o abandono do tabagismo.

Engajamento Público

AÇÃO 4: Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde; Orientar diabéticos, e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

DETALHAMENTO: Buscar parcerias que tenham influência na comunidade, como igrejas e escolas, por exemplo. E realizar orientações junto com o nutricionista e o profissional de educação física disponibilizado pelo gestor.

Qualificação da Prática Clínica

AÇÃO 5: Capacitar a equipe para avaliação e tratamento bucal do usuário diabéticos; capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, prática de atividade física regular e tratamento de usuários tabagistas.

DETALHAMENTO: A equipe de saúde bucal realizará uma capacitação simples com os demais integrantes da equipe, para que possam realizar avaliações da necessidade de tratamento bucal, para assim agendar com a equipe de saúde bucal. Assim como o nutricionista e o profissional de educação física, disponibilizados pelo gestor, realizarão uma breve capacitação para a equipe realizar orientações sobre a prática de alimentação saudável, prática de atividade física e o abandono do tabagismo.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos na unidade.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 50% dos Diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

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

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

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

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

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado e avaliação do índice de massa corporal em 100% dos hipertensos.

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado e avaliação do índice de massa corporal em 100% dos diabéticos.

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para desenvolver a intervenção será adotado os “*Cadernos de Atenção Básica*”. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus e hipertensão arterial de 2013*, como manuais técnicos, que foram fornecidos no início do curso da faculdade, pois em nossa Unidade Básica de Saúde não existem protocolos impressos. As ações propostas serão desenvolvidas pelos médicos das unidades de saúde. Utilizaremos para isso, a ficha de hipertensos e diabéticos e vamos utilizar uma ficha complementar que é a ficha espelho para a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal e com informações necessárias para monitorarmos a intervenção. Este monitoramento e avaliação serão de responsabilidade dos médicos e da enfermeira da UBS.

Sobre a organização do registro específico do programa, será preciso elaborar um livro de registro de hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS nos últimos três meses, esta tarefa será executada pela técnica de enfermagem e/ou

enfermeira, também pela recepcionista na unidade de saúde (pois na UBS não temos controle sobre estes dados). Além disso, os profissionais de saúde devem realizar o monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais e vacinas em atraso. A realização do monitoramento regular será iniciado na triagem onde se anotará no prontuário todos os dados para a avaliação dos indicadores de qualidade como: pressão arterial, hemoglicoteste, peso, altura, circunferência abdominal, índice de massa corporal; esta atividade é responsabilidade da técnica de enfermagem e/ou enfermeira e será feita na unidade de saúde.

Em nossa UBS, os usuários diagnosticados como hipertensos e diabéticos serão cadastrados pelo método de cadastro familiar, esta atividade é responsabilidade dos agentes comunitários da saúde, esta atividade é feita na comunidade, ou seja, nos domicílios dos usuários (isto garante o cadastro destes usuários na área de abrangência).

Começaremos a intervenção com a capacitação da equipe sobre o caderno de atenção básica 37 de Hipertensão Arterial Sistêmica, Brasília-DF 2013 e o caderno de atenção básica 36 Diabetes mellitus, Brasília-DF 2013 como manuais técnicos, esta capacitação ocorrerá na UBS, para isto será reservada uma hora ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião da equipe; o responsável será o médico da UBS.

Neste sentido, será necessário também capacitar os ACS sobre o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda a área de abrangência da unidade de saúde. Esta capacitação ocorrerá na UBS, para isto será reservada uma hora na quinta feira da primeira semana de cada mês; os responsáveis por essa atribuição serão os médicos (existem dois médicos na UBS, eu e o médico Marquezan) e a enfermeira.

Nesta perspectiva, para qualificar a equipe da unidade de saúde para a prática clínica com verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, promoveremos capacitações

com estas temáticas na UBS, reservando uma hora na quarta feira de cada mês, sendo o enfermeiro e o médico os responsáveis por essa atividade.

Outro ponto importante é procurar imprimir o Escore de Framingham ou de lesões de órgãos alvos para a determinação do risco cardiovascular dos usuários hipertensos e diabéticos, assim como os cadernos de atenção básica de Hipertensão e Diabetes. Este processo é de responsabilidade da secretaria de saúde e será feito na UBS.

Com o intuito de capacitar a equipe sobre como avaliar a necessidade de atendimento odontológico nos hipertensos e diabéticos, foi solicitada o apoio do odontólogo da equipe. Esta orientação ocorrerá na UBS, que será feita em forma de palestra, mensalmente, nas terças-feiras.

Deste modo, as capacitações com a equipe para realização de exame clínico apropriado e avaliação do índice de massa corporal, assim como para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, ocorrerão na unidade de saúde com o apoio dos profissionais médicos e farmacêuticos. Para isso, reservaremos tempo, de acordo com a rotina da unidade.

Faremos contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade nas duas escolas da área de abrangência e apresentaremos o projeto, esclarecendo sobre a importância da realização do acompanhamento regular dos hipertensos e diabéticos. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar o cadastro destes usuários e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Esta ação será de responsabilidade dos ACS e ocorrerá na comunidade, em intervalos de 15 dias.

2.3.4 Cronograma

ATIVIDADES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de hipertensão e diabetes.	X	X														
Estabelecimento do papel de cada profissional no projeto.	X															
Elaborar livro de registros de hipertensos e diabéticos existentes na UBS nos últimos 3 meses	X															
Criar ficha complementar para coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal	X															
Atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área adstrita no programa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos	X	X														
Busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de HAS e DM solicitando				X				X				X				

3. Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O projeto de intervenção teve duração de doze semanas e foi baseado nos aspectos relacionados à cobertura, adesão e qualidade da atenção à ação programática, registro e mapeamento de risco da população-alvo desta ação e promoção de saúde relacionada ao Programa. Para sistematizar a intervenção referente aos três meses utilizamos os dados da planilha de coleta de dados final e dos diários semanais da intervenção, com a finalidade de fazer o balanço das ações e atividades realizadas e conferir se atingimos nossos objetivos e metas. Foi convencionado pelo curso reduzir o período da intervenção de dezesseis para doze semanas, devido ao período de férias concedido para os profissionais médicos do PMMB.

Nosso trabalho de intervenção teve início no mês de Fevereiro do corrente ano e encerrou no mês de Abril. Neste projeto de intervenção, utilizamos o Manual Técnico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 2006 e de Diabetes Mellitus (DM), 2006, ambos do Ministério da Saúde. Estes manuais foram adotados pela unidade como protocolo para embasar as ações de nossa intervenção.

O processo de avaliação e diagnóstico realizado através da análise situacional da nossa equipe de saúde apontou a necessidade de realizar a organização dos registros do programa. Assim, foi necessário organizarmos os prontuários e as fichas-espelho do programa para podermos preencher adequadamente a planilha de coleta de dados que constituem a tarefa essencial para elaborar toda a Avaliação da Intervenção, analisar e discutir resultados.

Assim, analisando os indicadores da intervenção, podemos constatar a ampliação da cobertura do programa: 78,1% de aumento para os hipertensos e 33,5% para os diabéticos; porém, apesar destes bons resultados ficamos insatisfeitos ainda, pois sabemos da existência de morbimortalidade oculta na

população alvo e precisamos manter a pesquisa ativa, procurando alguns casos que possivelmente não foram cadastrados até esta data.

Para alcançar tais resultados, é necessário ressaltar o papel decisivo dos agentes comunitários de saúde, pois eles garantem o recadastro dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência do município, sejam acompanhados ou não pela UBS. Estes dados são entregues semanalmente e os ACS precisam buscar os usuários faltosos às consultas (esta tarefa é controlada pela enfermeira da equipe). Adicionalmente, são realizadas reuniões todas as semanas com esses profissionais e outros funcionários da UBS com a finalidade de oferecer uma hora de capacitação sobre o protocolo e normas de atendimento da Hipertensão e Diabetes. O principal objetivo é apresentar os diferentes critérios de diagnóstico, assim como, os sintomas e sinais destas doenças e a necessidade do acompanhamento dos usuários.

Quanto à sistematização do programa, foi elaborado o livro de registro e controle de diabéticos e hipertensos da unidade de saúde, com o objetivo de conhecer a incidência e prevalência de pessoas portadoras dessas doenças em nosso município. No que diz respeito à incidência, identificamos 16 casos novos de hipertensos e 04 casos novos de diabéticos. Além disso, este livro contém os diferentes dados referentes ao programa (idade, sexo, circunferência abdominal, índice massa corporal, risco cardiovascular, se é faltoso ou não e atendimento odontológico recebido). Mas nossos ACS ainda precisam desenvolver a habilidade de preencher adequadamente esses dados e a maioria dos usuários desconhece ser portador de tais patologias, assim como os remédios que tomam. Outro ponto importante que dificultou o processo de cadastramento foi o afastamento das atividades laborais por parte de alguns ACS, tornando algumas áreas descobertas. Por essas razões, tivemos que mudar o cronograma, pois achamos necessário prolongar os dias do cadastro, ou seja, durante todas as semanas da intervenção.

Outro objetivo desenvolvido foi o de melhorar a qualidade da atenção destes usuários; para isto foi necessário estabelecer o papel dos profissionais e funcionários da unidade de saúde, feito nas reuniões de equipe, além de oferecer

uma hora de capacitação sobre o protocolo e normas de atendimento da Hipertensão e Diabetes na sala de reunião do posto para conhecer os diferentes critérios de diagnóstico, assim como os sintomas e sinais destas doenças e a necessidade do acompanhamento dos usuários. É parte da rotina de trabalho da equipe de enfermagem a avaliação dos dados antropométricos, cálculo do índice de massa corpóreo, medição da circunferência abdominal realizados na triagem, assim como o registro dos usuários no livro de Hipertensão e Diabetes da UBS.

Quanto ao atendimento clínico dos usuários procuramos desenvolver de acordo com o protocolo, com boa avaliação do aparelho cardiovascular, pulsos periféricos, exame do abdômen, da pele e dos membros inferiores e superiores, procurando feridas, manchas ou micose. Além disso, foi feita a avaliação clínica do risco cardiovascular, segundo o Escore de Framingham. Inicialmente, os usuários mostravam certa intranquilidade, pois não era comum receber o exame físico durante as consultas.

No que diz respeito aos registros, em nossa unidade de saúde ainda não foi implantado o sistema e-SUS e está prestes a ser mudada para a nova estrutura. Claramente, todas estas situações mencionadas exigem um maior esforço de nossos profissionais e funcionários dentro do posto de saúde e organizações em nosso município de forma engajada, além disso, temos que procurar aumentar os níveis de conhecimento destas doenças na população e desenvolver ações de promoção, educação e prevenção de saúde.

Um fator subjetivo que constitui dificuldade para realização da intervenção é o curto período de tempo para desenvolver a intervenção; considero o período de 12 semanas insuficiente para alcançar os objetivos de cadastrar e diagnosticar todos os usuários que integram a população alvo do município. Pois não podemos esquecer que juntamente com as ações planejadas deste projeto, temos que desenvolver todas as tarefas e planos como Unidade Básica de Saúde pra garantir a atenção à população.

Para a realização de atividade de promoção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos com atividade educativa foi indispensável estar bem articulado com outros segmentos da sociedade. Assim, foi realizado encontro com a comunidade

com o apoio do NASF e dos moradores do bairro e foi apresentado o projeto esclarecendo sobre a importância da participação e acompanhamento no programa. A promoção da saúde implica também em propiciar a realização de orientação nutricional, de orientação para atividade física regular e de orientação sobre riscos do tabagismo para os hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade.

Por essas razões, acreditamos que precisamos manter um ritmo de trabalho constante, na procura dos objetivos e metas planejadas segundo o cronograma, procurar elevar os níveis de saúde da população através da educação, prevenção e promoção da saúde e as mudanças de hábitos e costumes prejudiciais nas comunidades. Ainda temos muitos por fazer em nossa área de abrangência. Espero que este trabalho contribua para as ações a serem desenvolvidas futuramente, ou seja, que este possa ser o primeiro passo rumo à melhor qualidade de atendimento na saúde pública em nosso município.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Uma das ações não realizadas na intervenção foi a otimização dos encaminhamentos para especialistas por causa das limitações de vagas no município. Também não foi possível garantir a avaliação da fundoscopia para os usuários hipertensos e diabéticos devido à carência em nossa UBS de equipamentos.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A falta de dados organizados e epidemiológicos em nossa unidade, quanto ao programa da Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus, dificultou enormemente o alcance dos objetivos, uma vez que precisávamos sistematizar os dados para analisarmos os indicadores de cobertura e de qualidade. Assim, compreendendo a

importância de alcançarmos as metas propostas da intervenção, a equipe se mobilizou para organizar os registros e realizar o cadastramento de hipertensos e de diabéticos.

Nesta perspectiva, posso inferir que a implantação de registro específico de acompanhamento que viabiliza 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 foi um passo muito importante para pactuar com a equipe o registro adequado das informações e poder realizar busca ativa dos usuários que não tiveram atendimento clínico apropriado.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Levando em conta que a hipertensão e a diabetes são duas doenças que se caracterizam por se desenvolver de forma silenciosa, uma das ações que foi incorporada à rotina do serviço foi o rastreamento de casos novos de HAS e DM. No decorrer da avaliação, sobressaiu também a necessidade de incluir no processo de trabalho atividades de monitoramento das condições de saúde e das ações executadas pelas equipes, criando condições para definir as prioridades a partir das informações registradas no trabalho cotidiano. Neste sentido, pretendemos: focalizar as ações programáticas estabelecidas para o referido grupo populacional, que venham a contribuir para a definição de um processo de supervisão sistemática do monitoramento das ações.

Nesta perspectiva, ao discutirmos sobre a intervenção, concordamos em incorporar as ações previstas no projeto à rotina do serviço, tais como: ações de capacitação da equipe sobre HAS e DM (e sobre os demais grupos programáticos) com maior frequência, a fim de melhorar a prática clínica, ações de engajamento público com reuniões periódicas, dando especial atenção ao registro das informações.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A ESF, enquanto política pública nacional, tem se destacado como uma estratégia de reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, por meio dos seus principais objetivos que são: a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde. Nesse cenário, a nossa intervenção em Atenção Primária à Saúde (APS) visou à qualificação da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na USF Vista Alegre, município de Vista Alegre, RS.

Nesta perspectiva, apresentamos dados importantes da nossa intervenção, segundo o CAP disponibilizado pelo curso que calcula os dados estimados sobre nosso município. Assim, considerando a população da área de abrangência estimada em 2.832 pessoas, a UBS apresenta 638 hipertensos e 182 diabéticos com faixa etária a partir de 20 anos.

OBJETIVO 1 Ampliar a Cobertura dos usuários que sofrem das doenças crônicas não transmissíveis: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

META 1.1 Cadastrar 80% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade básica de saúde

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

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

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

O indicador de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde, definido como a proporção de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes (figura 01), atingiu o percentual de 78,1% do total. Nossa área tem 638 usuários hipertensos na população alvo. Ao iniciar a intervenção tínhamos apenas 324 usuários hipertensos cadastrados (representando 51% da estimativa). Ao longo da intervenção tivemos 16 casos novos (representando 2,5% de incidência) e 158 hipertensos como casos recuperados no cadastro, alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 78,1% (representando 498 usuários hipertensos).

Assim, conforme a figura 1 obteve-se no primeiro mês da intervenção: 23,7% (151 usuários), no segundo mês 45,8% (292 usuários) e no terceiro mês: 78,1% (498 usuários). Podemos ver com esses resultados que a meta apresentou dados crescentes e quase foi atingida.

Tendo como indicador a cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde (Figura 2), ao longo da intervenção tivemos 5 casos novos (representando 2,7 % de incidência) e 21 diabéticos como casos recuperados no cadastro; no primeiro mês desenvolveu-se um percentual de 13,2% (24 usuários), no segundo mês, 23,1% (42 usuários) e no terceiro mês foi alcançado o percentual de 33,5% (61 usuários) pessoas cadastradas. Semelhantemente, estes dados mostram que os resultados foram crescendo gradualmente, porém não foi alcançada a meta estabelecida para o programa. Nos gráficos abaixo podemos observar quanto à cobertura.

Para alcançar as referidas metas, é necessário ressaltar o papel decisivo dos agentes comunitários de saúde, pois eles são responsáveis por garantir o cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência do município, sejam acompanhados ou não pela UBS.

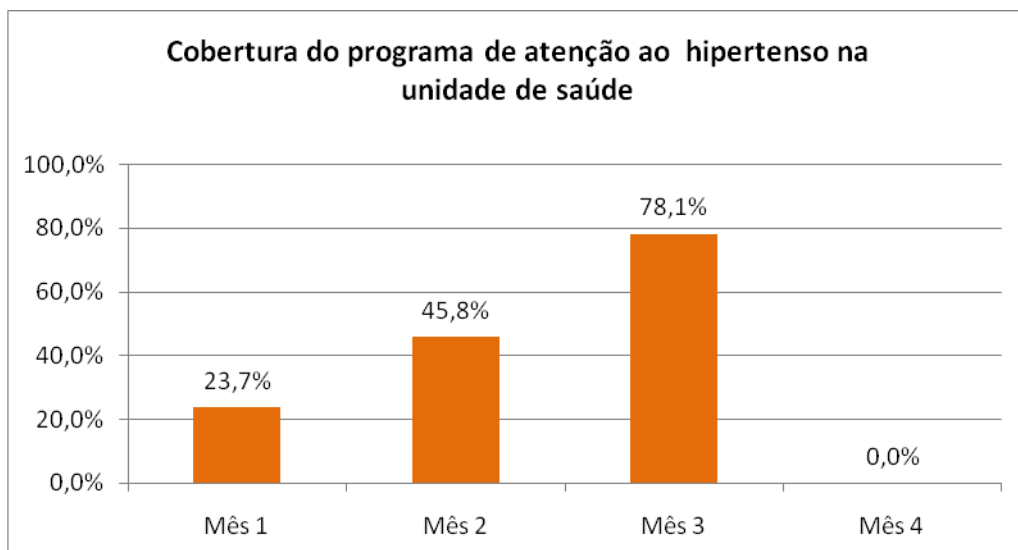


Figura 1- Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na USF Vista Alegre.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

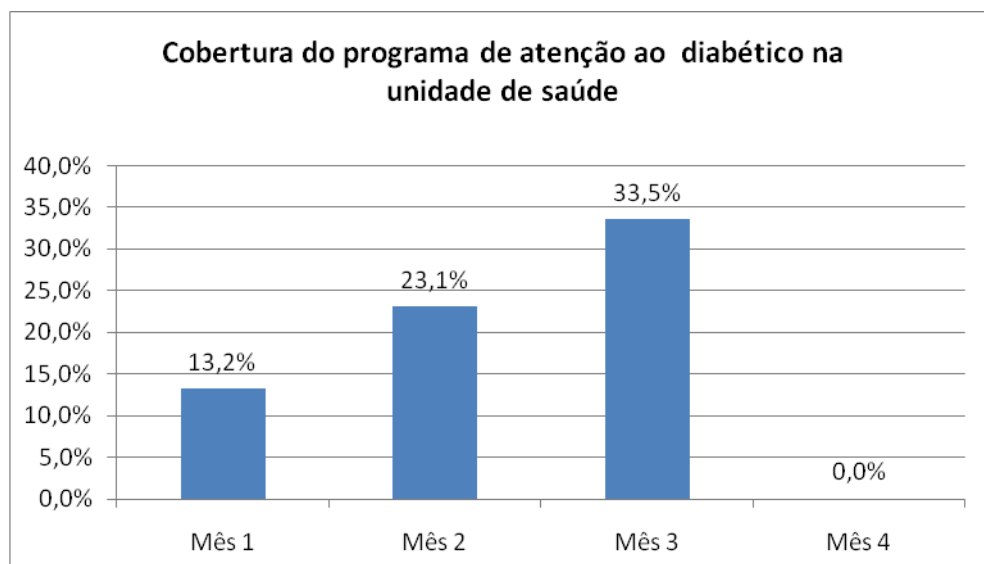


Figura 2- Cobertura do programa de atenção ao diabético na USF Vista Alegre.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

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

META 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários hipertensos.

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

META 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários diabéticos.

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

No que diz respeito ao indicador de qualidade da atenção prestada aos usuários do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Pacientes Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia), foi possível realizar exame clínico apropriado em hipertensos e diabéticos durante os três meses de intervenção em conformidade com o protocolo. Podemos ver que no primeiro mês, 147 hipertensos acompanhados receberam exame clínico apropriado (representando 98%); no segundo e no terceiro mês, 100% dos usuários hipertensos acompanhados na UBS receberam exame clínico apropriado, em conformidade com o protocolo do MS, correspondendo assim, a 292 e 498 usuários hipertensos acompanhados na UBS, respectivamente (Figura 3).

No que tange à melhoria da qualidade da atenção dispensada aos diabéticos, podemos constatar no primeiro mês de intervenção, a realização do exame clínico apropriado em 95,6% dos usuários acompanhados na unidade (23 diabéticos) em conformidade com o protocolo, no segundo mês: 100% (42 usuários) e no terceiro mês: 100% (61 usuários), conforme figura 4. Esses dados mostram que a partir do segundo e terceiro meses de intervenção todos os usuários cadastrados e incorporados ao programa estavam com o exame clínico em dia.

A ação que mais auxiliou para cumprir esta meta foi o trabalho articulado com a equipe de enfermagem na avaliação dos dados antropométricos, cálculo do índice de massa corporal, circunferência abdominal, no qual procuramos desenvolver o exame clínico de acordo com o protocolo, com boa avaliação do aparelho cardiovascular, pulsos periféricos, exame do abdômen, dentre outros aspectos importantes do exame clínico. Para isso, foi necessário estabelecer o

papel dos profissionais da equipe nas reuniões, além de oferecer momentos de capacitação em consonância com o protocolo de normas de atendimento da Hipertensão e Diabetes Mellitus, para dar a conhecer os diferentes critérios de diagnóstico, assim como os sintomas e sinais destas doenças e a necessidade do acompanhamento dos usuários.

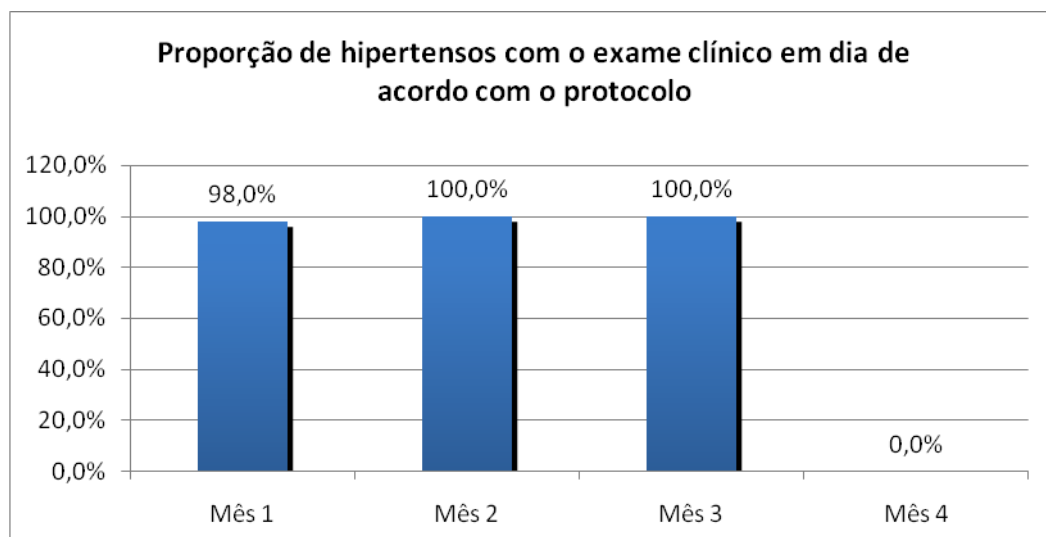


Figura 3 – Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

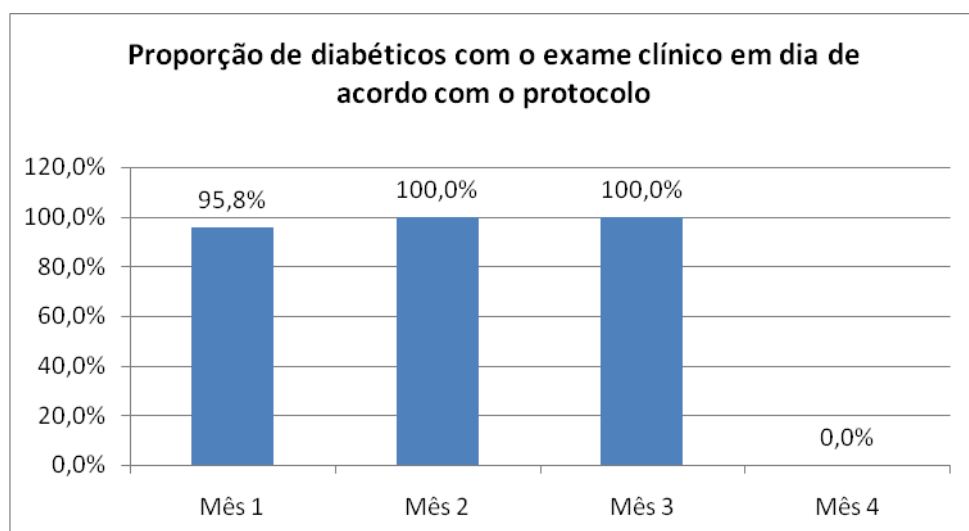


Figura 4 – Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

META 2.3 Garantir a 100% dos usuários hipertensos a realização de exame complementar em dia de acordo com o protocolo.

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

META 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exame complementar em dia de acordo com o protocolo.

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

Com a perspectiva de propiciar aos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares de acordo com o protocolo, a equipe foi capacitada para compreender a relevância destes exames e a frequência com que cada um deles precisa ser realizado. Nesse sentido, foi possível fazer com que todos os usuários atendidos estivessem com exames complementares em dia (seja analisando aqueles que já possuíam exame recente, seja solicitando-os para os que estavam em atraso). Assim, podemos conferir (figura 5) que no primeiro mês obteve-se o valor percentual de 98% hipertensos com os exames em dia, no segundo mês 98,3% e no terceiro mês alcançou o percentual de 100%.

Semelhantemente, analisando a proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo (figura 6), pode-se observar os percentuais nos meses 1, 2 e 3 respectivamente: 95,8%, 100%, 100%. Assim, a partir do segundo mês todos os usuários diabéticos estavam com os exames complementares em dia.

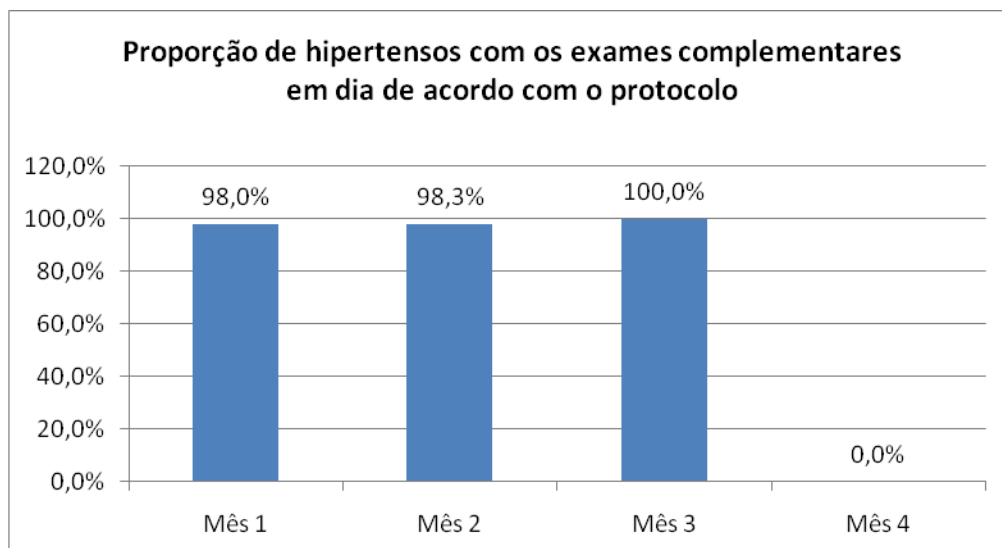


Figura 5 – Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

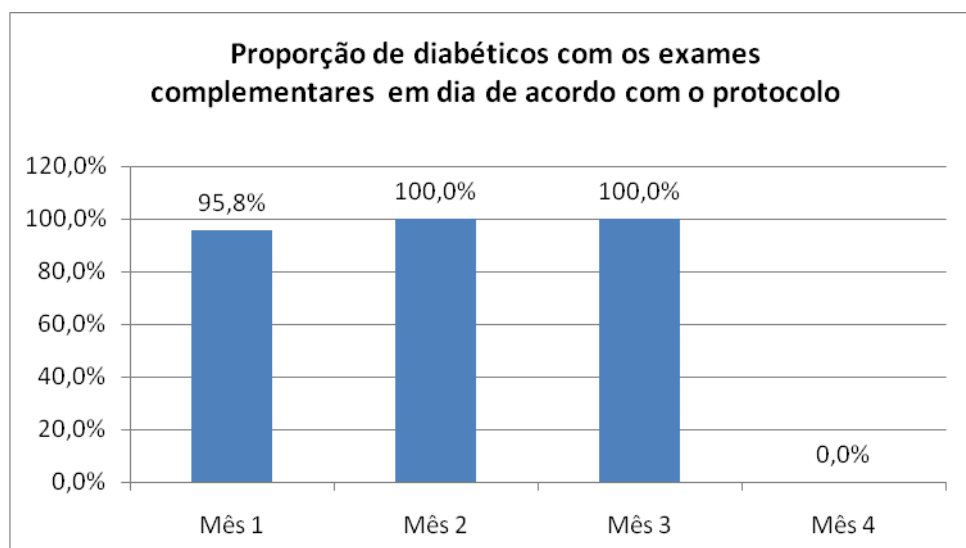


Figura 6 – Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

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

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

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

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

Em relação à utilização de medicamentos da farmácia popular, 100% dos hipertensos foram incluídos, bem como 100% dos diabéticos nos 3 meses, graças ao bom abastecimento das farmácias em nossa área de abrangência.

A ação que mais auxiliou para cumprir esta meta foi o monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e manutenção do registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde (isto é feito pelo farmacêutico), além do controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Isto se deve também às visitas domiciliares realizadas pela equipe para indicar a importância de cumprir e manter o tratamento médico. Também foi preciso oferecer momentos de capacitação acerca do tratamento farmacológico da HAS e DM. Realizamos encontro com as comunidades para fazer abordagem quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

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

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

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

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

No que diz respeito ao indicador de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, podemos observar que durante a intervenção todos os usuários do programa Hiperdia tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico ao menos na primeira consulta. Assim, o indicador aponta 100% de usuários com HAS e/ou DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico durante os três meses de intervenção. Obviamente, os casos extremos são encaminhados à Odontologia.

OBJETIVO 3 Melhorar a adesão de usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus ao programa

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

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

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

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

Quanto ao indicador de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa, os resultados mostraram 100% durante toda intervenção. Vale ressaltar que os faltosos foram identificados pela equipe e a busca ativa foi feita por todos os integrantes da equipe de saúde com importante participação dos ACS.

Estes resultados estiveram atrelados ao cuidado da equipe de esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes cadastrados na UBS sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas durante as avaliações clínicas. Na verdade, poucos usuários do programa faltaram às consultas e os faltosos receberam visitas domiciliares da equipe que incentivaram acerca do comparecimento regular à UBS. Assim, estes usuários foram atendidos ou remarcados em algum dia da mesma semana.

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações na UBS dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

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

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

META 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes mellitus cadastrados na unidade básica de saúde.

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

Quanto ao registro adequado, houve uma elevada e significativa melhoria: 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na Unidade têm, agora, uma ficha de acompanhamento, com informações pertinentes, e cujo monitoramento é realizado pela equipe, em especial, pela coordenação da unidade. Estes indicadores se mantiveram em 100% durante toda a intervenção. Graças ao treinamento da equipe, sendo qualquer um capaz de preencher os dispositivos adicionados à rotina da UBS.

OBJETIVO 5 Mapear usuários hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

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

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

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

Durante as doze semanas do período de intervenção, quase todos os hipertensos e diabéticos sofreram estratificação do risco cardiovascular. No primeiro mês 97,4% dos hipertensos (Figura 7) e 95,8% dos diabéticos (Figura 8) foram avaliados quanto ao risco cardiovascular. Nos demais meses, 100% dos usuários do programa de atenção à HAS e DM passaram pela estratificação do risco cardiovascular. Atingir esse índice foi possível graças ao monitoramento da sua realização, realizado pela equipe, através da visualização das fichas-espelho e dos prontuários (avaliando as consultas anteriores à intervenção, e a anotação dos exames laboratoriais).

A análise do risco cardiovascular é acompanhada da orientação aos usuários quanto à importância de manter hábitos de vida saudáveis e do acompanhamento regular. Assim, os usuários do serviço e a comunidade são orientados sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

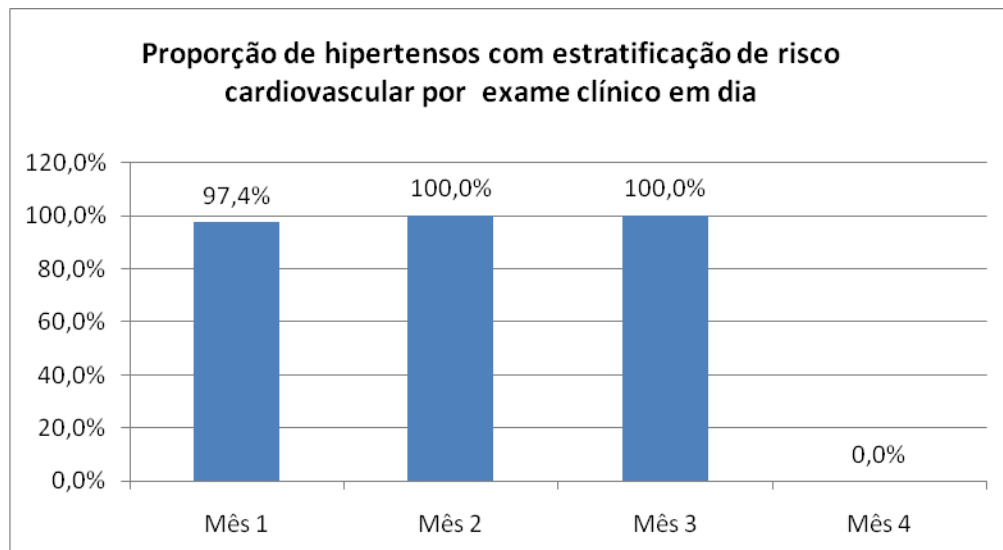


Figura 7 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

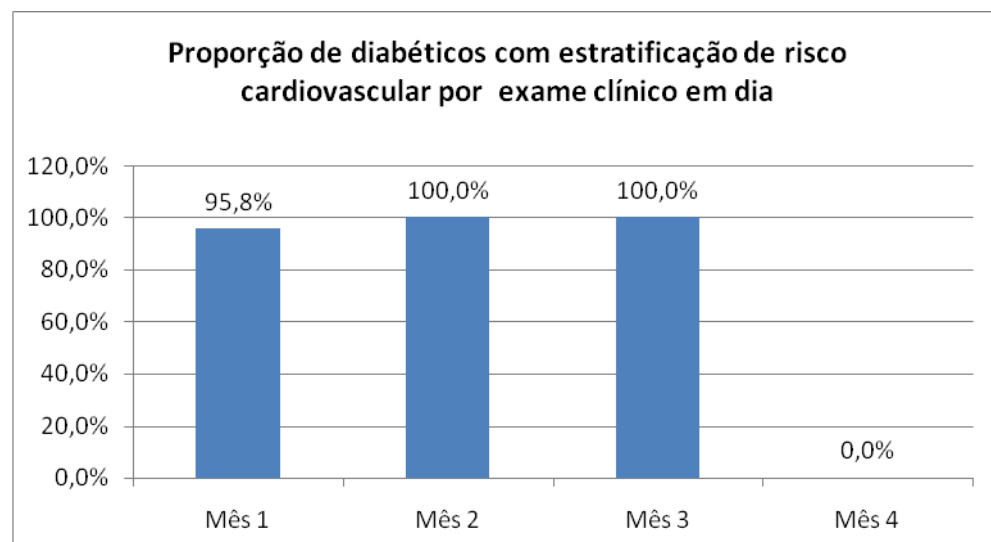


Figura 8 – Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

OBJETIVO 6 Promover a saúde de usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

Neste indicador mantivemos bons resultados, durante a intervenção todos os hipertensos e diabéticos receberam orientação nutricional por toda a equipe (representando 100% nos três meses da intervenção). Para o êxito do acolhimento qualificado, foi importante a realização da capacitação da equipe sobre práticas de alimentação saudável, tanto para hipertensos quanto diabéticos.

Assim, a orientação era realizada através da consulta médica, da avaliação de enfermagem, do acolhimento espontâneo nas salas de espera (feito por qualquer profissional da UBS) e das reuniões de grupo.

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

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

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

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

As atividades de cunho educativo e de promoção à saúde foram adotadas por nossa equipe, motivada pela rica experiência vivenciada durante as reuniões e capacitações. Por esta razão, desenvolvemos palestras e orientações em salas de espera, reuniões e consultas com boa periodicidade. Deste modo, conseguimos garantir a orientação sobre prática regular da atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados em consulta nos três meses da intervenção.

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

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

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

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

A orientação sobre os riscos do tabagismo também foi garantida a 100% dos hipertensos e diabéticos, principalmente durante as consultas médicas na trajetória da intervenção. Lançamos mão de todos os profissionais inseridos na equipe para desenvolver as orientações nas salas de espera e nas consultas reiteramos as informações sobre hábitos saudáveis de vida. Entretanto, a transformação de hábitos e condutas é fortemente condicionada pelo meio social, cultural e econômico onde as pessoas estão inseridas.

META 6.7 Garantir orientação na higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

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

META 6.8 Garantir orientação na higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

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

Os resultados evidenciam que 100% dos usuários hipertensos e diabéticos também receberam orientação sobre higiene bucal no período da intervenção. Assim, podemos constatar a importância da intervenção para a nossa equipe, uma vez que promoveu a integração da equipe, estimulando a realização de atividades de educação permanente e conseqüente qualificação da prática clínica e engajamento público.

4.2 Discussão

O projeto de intervenção permitiu a identificação de deficiências na nossa unidade, mas, principalmente, propiciou a mobilização em equipe no sentido de superá-las. Sendo assim, a promoção de reuniões para discutir sobre a organização do grupo programático, assim como a capacitação dos profissionais que atuam na unidade, de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde, foram cruciais para a intervenção e possibilitaram momentos de construção de processos com potencial indutor de transformação.

Nesse sentido, a organização da intervenção contribuiu com a indução de atitudes ativas da equipe, sensibilizando-a acerca da necessidade de pensar em formas de atuar na saúde que pudessem resultar na melhoria da qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na Unidade. Essa melhoria da atenção foi possível através da realização de exame clínico apropriado nas consultas, solicitação de exames complementares conforme indicações do protocolo, identificação de usuários hipertensos e/ou diabéticos com

risco cardiovascular através da estratificação de risco, dentre outros. A intervenção proporcionou aos participantes momentos adequados de reflexão e discussão sobre suas práticas e as possibilidades de realização de ações de promoção da saúde aos usuários com HAS e/ou DM.

A realização destes momentos para reflexão das práticas e mobilização da equipe é extremamente importante, visto que estes espaços foram orientados por métodos participativos. Foram nesses momentos que a equipe desenvolveu potencial de mobilização de iniciativas de melhoria do acolhimento da equipe em relação ao usuário e de aprimoramento dos serviços. Assim, a intervenção na Unidade Vista Alegre permitiu a ampliação da cobertura de hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS, sendo que antes esses índices eram sequer registrados. Embora não tenhamos atingido porcentagem percentual de cobertura proposto (80% para hipertensos e 50% para diabéticos), já que conseguimos atingir 78,1% de cobertura de hipertensos e 33,5% para os diabéticos, a atenção aos usuários atendidos no período foi qualificada, de modo que todos eles passaram por exame clínico apropriado, com atualização de acordo com o protocolo estabelecido na Unidade.

Essa qualificação foi seguida da priorização de medicamentos da farmácia popular para todos os portadores de HAS e DM atendidos nos três meses, alcançando 100% para ambos os grupos, bem como a plenitude da avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Soma-se ainda a atualização dos exames complementares (também de acordo com o protocolo) de todos eles, seja pela análise dos que já tinham exames recentes, seja pela solicitação àqueles com exames desatualizados.

Adicionalmente, podemos constatar resultados positivos da intervenção na atualização dos dados do SIAB quanto ao programa de Hipertensão e Diabetes, adequação do controle dos medicamentos na farmácia e do registro de usuários que retiram os medicamentos pelo programa; integração da equipe com outros profissionais como nutricionista, odontólogo, dentre outros, incremento de exames complementares no laboratório do município devido ao aumento no cadastramento da unidade de hipertensos e diabéticos.

Para o serviço, dentre as melhorias que trouxeram grande significância na equipe, destaco: a melhoria dos registros, a descentralização do papel do médico na atenção e a interação entre os funcionários no atendimento aos hipertensos e diabéticos. Antes da intervenção, não havia qualquer dispositivo que reunisse informações sobre esses grupos de usuários, restringindo-se aos prontuários, muitos deles com dados desorganizados, ou mesmo faltantes. Agora, todos os cadastrados possuem registro no prontuário, com dados melhores agrupados e nas fichas-espelho.

Essas ações descritas possibilitaram que o usuário se tornasse mais ciente da sua condição clínica, permitindo exercer a corresponsabilidade no processo saúde-doença. Nesse sentido, a incorporação da realização de atividades educativas, que na intervenção priorizaram a explanação de hábitos de vida saudáveis, da forma mais interativa possível, foi essencial. Desta maneira, os hipertensos e diabéticos passaram a ter conhecimento do seu escore de risco cardiovascular, e por isso sabem da importância de ter a alimentação balanceada, realização regular de atividades físicas e interrupção do tabagismo.

Nessa perspectiva, se a nossa equipe fosse realizar a intervenção neste momento, seriam intensificadas as ações que pudessem propiciar maior integração com a equipe e engajamento de nossa proposta como UBS com a comunidade. Incontestavelmente, é uma necessidade tornar mais uniforme o processo de trabalho da equipe, com todos os profissionais exercendo uma atenção qualificada, sem exceções.

Desta forma, ao discutirmos sobre a intervenção, concordamos em incorporar as ações previstas no projeto à rotina do serviço, tais como: ações de capacitação da equipe sobre HAS e DM (e sobre os demais grupos programáticos) com maior frequência, a fim de melhorar a prática clínica, ações de engajamento público com reuniões periódicas e de coordenação do cuidado, dando especial atenção ao registro das informações.

Deste modo, esperamos que essa relevante contribuição para melhorar a qualidade na atenção ao hipertenso e diabético possa influenciar o trabalho da equipe em outros programas ofertados na UBS, bem como outras unidades de

saúde, levando em conta a experiência exitosa na integração da equipe e vinculação com outros serviços dentro da unidade.

4.3 Relatório de Intervenção para os Gestores

Exmo. Prefeito Municipal Sr. Almar Zanatta

Ilma. Secretária Municipal de Saúde Sra. Andréia Piaia

Nossa intervenção persegue como objetivo geral, melhorar a qualidade na atenção básica na comunidade quanto aos programas da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), porém, gostaríamos de oferecer uma troca de ideias e conhecimentos com vossa senhoria: apresentando um relatório da trajetória da intervenção, dos resultados atingidos e dos conceitos abordados sobre estas doenças.

A HAS e a DM são doenças crônicas não transmissíveis que constituem causas de morte que mais afetam a população, pois são agravos que se não forem controlados podem resultar em lesões que geram incapacidades e limitações na vida destas pessoas. Esta é precisamente a importância da escolha destas doenças como foco da intervenção de nosso projeto, que foi desenvolvida no período de 12 semanas, de fevereiro a abril de 2015, na área de abrangência de nosso município e contou com a participação da equipe de saúde, NASF, além da comunidade do município.

A intervenção foi uma proposta do curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), com o objetivo de qualificar a atenção aos usuários com HAS e DM residentes na área adstrita a esta unidade e teve suas ações pautadas em quatro eixos: Organização e gestão do serviço, Qualificação da Prática Clínica, Engajamento Público e Monitoramento e Avaliação das ações.

Nesta perspectiva, buscando atender às propostas de cada eixo pedagógico do curso, foram realizadas ações como: a ampliação da cobertura dos

usuários hipertensos e diabéticos, melhoria da qualidade da atenção à saúde dos mesmos, melhoria da adesão dos portadores hipertensos e diabéticos ao programa, organização dos registros das informações dos usuários, realização de estratificação de risco e promoção de ações de orientação nutricional, de prática de atividade física e de prevenção do tabagismo. Destacamos assim, a importância do planejamento das ações de saúde em equipe.

Com a intervenção, conseguimos chegar ao número de 498 hipertensos cadastrados no programa, o que corresponde a 78,1% de cobertura, sendo que, anteriormente, tínhamos registrado em nossos cadastros apenas 324 usuários com HAS, representando 51% da população referida. Em relação aos diabéticos, antes da intervenção, a nossa cobertura era de 19% e conseguimos aumentá-la para 33,5%(representando 61 pacientes diabéticos cadastrados e acompanhados).

Todas as ações planejadas foram cumpridas segundo o cronograma das atividades, foram desenvolvidas capacitações semanais com a equipe, aumentamos a qualidade do atendimento e acolhimento dos hipertensos e diabéticos, houve a melhoria e qualificação das consultas e dos registros. Foram realizadas diferentes atividades de promoção da saúde na comunidade, elevando os conhecimentos dos usuários sobre estes agravos e aumentando a sua satisfação. Acreditamos que nosso trabalho realizou impacto na comunidade, permitindo melhorar os indicadores de cobertura e de qualidade deste programa.

Nesta perspectiva, acreditamos que com a ajuda da gestão poderemos garantir a qualidade dos equipamentos e do material a serem utilizados para o seguimento dos usuários, assim como garantir o aumento do estoque de medicamentos de nossa farmácia para o atendimento adequado do programa. Outro ponto importante é garantir a compra de medicamentos para o tratamento dos usuários tabagistas.

Vale ressaltar a importância da gestão na organização de capacitações e espaços de educação permanente, além de assessorar as unidades na implantação efetiva de uma atenção à saúde sistematizada, envolvendo gestores, trabalhadores e comunidade. Uma vez que o envolvimento desses segmentos

facilitaria as ações de planejamento em saúde nas comunidades e a operacionalização dos diversos programas oferecidos pela unidade de saúde.

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

Prezada comunidade:

Dando cumprimento a uma das diretrizes do SUS, a participação popular, gostaríamos de nos referir à população vista alegreense, que foi o alvo da pesquisa, cadastramento e referenciamento do projeto de intervenção que abordou o programa de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), que constituem as principais causas de morbimortalidade em nosso município.

No período de fevereiro a abril de 2015 foi realizado pela equipe da unidade de saúde Vista Alegre uma intervenção com o objetivo de qualificar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos residentes na área desta unidade. Esta intervenção teve ações realizadas em quatro eixos: Organização do processo de trabalho, Qualificação da Prática Clínica, Engajamento Público e Monitoramento e Avaliação das ações.

Nossa intervenção propôs uma nova perspectiva para a população, de serem tratados como sujeito ativo e participante das ações de saúde, não sendo meramente sujeitos passivos dentro da atenção à saúde na UBS. Assim, foi possível aumentar o conhecimento da população sobre os direitos de acesso aos serviços de saúde e sobre o poder de participação da comunidade na construção de um serviço eficaz e resolutivo. Para isto foi necessário promover espaços de troca de idéias com pessoas da comunidade sobre as diferentes atividades e ações propostas pelo projeto quanto ao programa de HAS e DM, desenvolvido no município. E, como resultado desta interação, a população obteve melhor conhecimento quanto ao direito de receber melhores condições e qualidade no serviço de saúde na UBS.

Com a intervenção também foi possível aumentar o cadastro de usuários com hipertensão e diabetes no programa, melhorar a qualidade das consultas, com o exame físico adequado; priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia da unidade ou da farmácia popular. Assim, melhoramos o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou DM, especialmente os de maior risco para Doenças Cardiovasculares. Além disso, garantimos o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa, mantendo-o atualizado. Organizamos ainda, visitas domiciliares para buscar os faltosos, bem como a agenda da unidade para acolher os hipertensos e diabéticos descompensados, de alto risco e os provenientes das buscas domiciliares.

Soma-se a estas ações, a organização da capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde, na qual obtivemos melhoria na definição da atribuição de cada membro da equipe e na qualificação da prática clínica. Organizamos ainda práticas coletivas sobre alimentação saudável, prática de atividades físicas e prevenção do tabagismo.

A intervenção proporcionou uma aproximação entre a equipe de saúde e os conhecimentos, experiências e valores da comunidade, o que contribuiu para nortear algumas decisões e os manejos diferenciados das questões de saúde e doença. Partindo do princípio de que, para reconhecer e responder às necessidades de saúde de uma dada comunidade é preciso aproximar-se da sua realidade.

Desta forma, foram ofertados para a comunidade espaços de orientação sobre as medidas preventivas e de promoção em saúde, dando especial atenção à aceitação do diagnóstico e à adesão do usuário ao esquema terapêutico. Esta contribuição implicou na criação de vínculos entre cada usuário e profissional de saúde por meio de uma relação de confiança baseada na valorização da escuta e da conversa.

Soma-se ainda aos resultados positivos do estreitamento do vínculo com a comunidade, a possibilidade de organizarmos melhor o serviço, redefinindo as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e/ou diabéticos e monitorando o cumprimento da periodicidade das consultas

previstas no protocolo. A melhoria da atenção também pode ser percebida em outros fatores: todos os hipertensos e diabéticos cadastrados e atendidos recebem atualização dos exames laboratoriais de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, e recebem uma consulta em que são examinados adequadamente. Todas essas evoluções se tornaram possíveis por causa da integração da equipe de saúde com a comunidade.

5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

A incorporação do PMMB possibilitou o fortalecimento da assistência integral para a população, na medida em que se investiu na oferta de atendimento médico em lugares com pouca acessibilidade e deficiência de atenção à saúde. Essa iniciativa de melhorar o acesso aos serviços de saúde e a qualidade na atenção básica constituiu para mim, um grande desafio, levando em conta as limitações e dificuldades da linguagem, cultura, protocolos e diretrizes específicos do SUS e as diferenças culturais. Sendo assim, minha expectativa não foi nada simples, tínhamos que vencer muitas barreiras para atingir nossos objetivos de contribuir para melhorar alguns aspectos da atenção primária no Brasil, em conformidade com os princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde.

Nesse contexto, a disponibilização para o programa do curso de especialização em saúde da família da UFPel - modalidade à distância, foi de grande importância para nos aproximarmos do cenário da atenção primária à saúde do Brasil. O curso propiciou a participação de um ambiente virtual de aprendizagem, com troca de idéias e conhecimentos com diversos profissionais engajados na saúde pública. Assim, vivenciamos essa nova experiência com novos métodos de avaliação. No começo pareceu ser muito difícil para nos acostumarmos, mas não constituiu uma barreira definitiva, sendo uma via de motivação, em que precisamos nos esforçar para obter os resultados exigidos em cada tarefa, durante a trajetória do curso.

Para obter estes resultados, tive que me integrar à equipe e participar de diferentes atividades e ações desenvolvidas na UBS. Este processo de organização do serviço de uma UBS foi um grande desafio e exigiu uma aproximação efetiva entre teoria e prática, ensino, pesquisa e extensão. Sendo assim, acredito que tal projeto de intervenção mediado pelo curso de especialização, pôde contribuir para o meu crescimento enquanto profissional, de modo a respaldar o aprofundamento de discussões sobre a Estratégia de Saúde da Família.

O curso de especialização em Saúde da Família oferecido pela UFPel me permitiu ampliar o olhar para a equipe de saúde, e a organização do processo de trabalho da nossa unidade com os questionários de análise situacional. Essa nova perspectiva produziu uma aproximação da minha realidade profissional com a complexa realidade na qual intervenho, o que implica a exigência de maior compromisso com as práticas de saúde que venho desenvolvendo na área adscrita à unidade.

Nesse propósito, foi indispensável aproximar os diferentes saberes dos usuários e profissionais da rede, entendendo que todos são corresponsáveis pela qualificação da atenção em saúde. Nessa perspectiva, a ferramenta de interação no fórum sobre o processo de intervenção e de esclarecimento de dúvidas clínicas possibilitou o compartilhamento da minha realidade, o que contribuiu fortemente para enfrentar os desafios do dia-a-dia em meu ambiente de trabalho.

Portanto, posso afirmar que esta rica experiência de desenvolver o projeto de intervenção, me permitiu reconhecer dinâmicas que articulem recursos locais que podem resultar em modificação das realidades de saúde do município no qual atuo.

REFERÊNCIAS

- 1- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-1183-9 1. Diabetes Mellitus. 2. Dieta para Diabéticos. 3. Glicemia. I. Título. II. Série. WK 810.
- 2- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 3- Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial: Prevenção, Consciência e Convivência. Disponível em: <[http://www.aems.edu.br/conexao/educacaoatual/Sumario/downloads/2015/1.%20Ci%C3%A7ncias%20Biol%C3%B3gicas%20e%20Ci%C3%A7ncias%20da%20Sa%C3%BAde/009%20\(Farm%C3%A1cia\)%20-%20DIABETES%20MELLITUS%20E%20HIPERTENS%C3%83O%20ARTERIAL%20....pdf](http://www.aems.edu.br/conexao/educacaoatual/Sumario/downloads/2015/1.%20Ci%C3%A7ncias%20Biol%C3%B3gicas%20e%20Ci%C3%A7ncias%20da%20Sa%C3%BAde/009%20(Farm%C3%A1cia)%20-%20DIABETES%20MELLITUS%20E%20HIPERTENS%C3%83O%20ARTERIAL%20....pdf)> Acesso em: 10 ab. 2015.
- 4- Hipertensão e Diabetes: um estudo de caso clínico. Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/6192.pdf>> Acesso em: 10 ab. 2015.
- 5- Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: um estudo sobre os Programas de Atenção Básica. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a05.pdf>> Acesso em: 10 ab. 2015.

Apêndices

Apêndice A – Fotos da Intervenção.










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 Srª
Profª 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 D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante