

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Wender Rodrigues de Sousa em Porto
Grande/AP**

Rosanna San Miguel Barallobre

Pelotas, 2015

Rosanna San Miguel Barallobre

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Wender Rodrigues de Sousa em Porto
Grande/AP**

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

Orientadora: Tatyara Feitosa Sampaio

Pelotas, 2015

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

B224m Barallobre, Rosanna San Miguel

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Wender Rodrigues de Sousa em Porto Grande/AP / Rosanna San Miguel Barallobre; Tatyara Feitosa Sampaio, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

93 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. Sampaio, Tatyara Feitosa, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico a conclusão desse trabalho, aos meus pais, minha irmã e avós, por serem parte de minha vida e a toda minha família.

Agradecimentos

A minha orientadora Tatyara Feitosa Sampaio, que com sua imensa paciência, conhecimento e profissionalismo orientou o caminho correto a seguir.

Agradeço a secretaria municipal de saúde, equipe e outros colegas pela forma dedicada com que colaboraram para a realização do trabalho.

Resumo

BARALLOBRE, Rosanna San Miguel. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Wender Rodrigues Sousa em Porto Grande AP.** 2015. 91f. 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 e Diabetes Mellitus são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalização no SUS, sendo um grave problema de saúde no Brasil e no mundo. Diante disso, esse trabalho tem objetivo de melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Wender Rodrigues Sousa, Porto Grande/AP. A UBS tem uma boa estrutura física, conta com uma equipe, adequada para o tamanho da área, composta por 4.004 habitantes, onde segundo a estimativa 706 são portadores de Hipertensão e 202 de diabetes. Integra a equipe um médico, duas enfermeiras, dois técnicos em enfermagem, seis agentes comunitárias de saúde, duas técnicas de vacinação, duas pessoas encarregadas de higienizar a UBS, duas recepcionistas e um motorista. A intervenção foi programada para ocorrer em 16 semanas, porém ocorreu em 12 semanas. Durante os três meses da intervenção foram atendidos 293 usuários; deles, 259 usuários hipertensos e 124 diabéticos. Para isso, foram realizadas ações em quatro eixos (monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica) e utilizou-se a planilha de coleta de dados e a ficha-espelho do curso de especialização. Alguns dos resultados quanto as metas de cadastrar 80% dos hipertensos e 70% dos diabéticos da área de abrangência, só foi alcançado 36.7% hipertensos e 61.4% diabéticos. Foi muito importante a intervenção para a comunidade porque foi um impacto na comunidade, era algo novo que fizemos na unidade. Alcançamos mudanças significativas na saúde das pessoas, como em sua dieta, higiene bucal e na prática de exercícios físicos. O impacto da intervenção também foi percebido pela comunidade devido à divulgação feita nas atividades coletivas e o apoio das escolas, liderança da comunidade e igrejas. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento. Depois da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes já não eram concentradas só na médica, foi possível vincular também a outros serviços da unidade, como vacinação, laboratório, farmácias, recepção, gestão e integrante do conselho de saúde. Também melhorou relacionamento interpessoal, a união da equipe foi muito boa, todos ajudaram muito para melhorar os indicadores de todos esses serviços, para melhorar a assistência aos usuários, não só para o programa de atenção à saúde do hipertenso e diabético, mas também em outros focos de atenção.

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

Lista de Figuras

- Figura 1 Gráfico da Cobertura do Programa de Atenção ao hipertenso na unidade de saúde
- Figura 2 Gráfico da Cobertura do Programa de Atenção ao diabético na unidade de saúde
- Figura 3 Gráfico da Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com protocolo
- Figura 4 Gráfico Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com protocolo
- Figura 5 Gráfico da Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo
- Figura 6 Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo
- Figura 7 Gráfico da Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada
- Figura 8 Gráfico da Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico
- Figura 9 Gráfico da Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico
- Figura 10 Gráfico da Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico
- Figura 11 Gráfico da Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa
- Figura 12 Gráfico da Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa
- Figura 13 Gráfico da Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento
- Figura 14 Gráfico da Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento
- Figura 15 Gráfico da Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

.

.

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Amapá
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno de Ações Programática
DM	Diabete Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus
PMMB	Programa Mais Medico Brasil
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

1	Análise Situacional	10
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	22
2	Análise Estratégica.....	23
2.1	Justificativa	23
2.2	Objetivos e Metas	24
2.2.1	Objetivo geral	24
2.2.2	Objetivos específicos	24
2.2.3	Metas	25
2.3	Metodologia	27
2.3.1	Detalhamento das Ações	27
2.3.2	Indicadores.....	41
2.3.3	Logística.....	46
3	Relatório da Intervenção	53
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	53
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	56
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	56
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	56
4	Avaliação da intervenção	58
4.1	Resultados	58
4.2	Discussão	72
5	Relatório da intervenção para gestores.....	75
6	Relatório da Intervenção para a comunidade.....	78
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	80
	Referências	81
	Apêndice	82
	Anexo	86

Apresentação

Esse trabalho é um Projeto de Intervenção, que foi desenvolvido na UBS Wender Rodrigues de Sousa do município Porto Grande/AP, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da área de abrangência.

O trabalho é composto por sete partes. A primeira é a análise situacional, que informa sobre a estrutura da UBS e a situação de algumas ações programáticas que eram desenvolvidas antes do início da intervenção.

A segunda parte é a análise estratégica, onde elaboramos o projeto de intervenção propriamente dito, com foco na HAS e DM e as Justificativas, tudo baseado nos protocolos de atendimentos do Ministério de Saúde.

A terceira parte é o relatório da intervenção, caracterizado pela descrição das ações desenvolvidas para alcançar as metas e objetivos, também expomos as conquistas e dificuldades.

A quarta parte é a avaliação da intervenção, que abordamos os resultados descrevendo cada indicador e os objetivos alcançados, como também a discussão dos resultados.

Na quinta e sexta parte, realizamos os relatórios para os gestores e comunidade. E a última parte consiste na reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, descrevendo como foi o desenvolvimento pessoal e profissional, as expectativas iniciais e a importância dos aprendizados para a prática profissional.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde Wender Rodrigues de Souza está localizada no Estado do Amapá na cidade de Porto Grande. Sua inauguração foi 1 de novembro do ano 2002 e foi reinaugurada 31/07/2013. Levo dois meses e meio trabalhando aqui, muitos bairros da cidade são servidos: Jesus de Nazaré, Nova Jerusalém, Princesa Dayana, Perímetro Norte, Aeroporto e Copalva. A população que atendo é do Aeroporto. É um bairro com uma população muito carente de saúde, pessoas simples, pobres mas muito grata pelo trabalho que é feito na minha unidade básica de saúde. Apesar de todas as dificuldades que temos e falta de matérias, todos trabalham com amor para oferecer saúde de qualidade.

Minha unidade básica de saúde está localizada na entrada da cidade, na área circunvizinha tem uma escola municipal, campo de futebol e lojas, o posto de saúde tem serviço de água 24 horas, serviço de energia, não tem serviço de internet, comunicação é através de linha telefônica Vivo e Oi.

Os objetivos de meu PSF é brindar atenção médica com qualidade a toda a população que servimos, promover mudanças no modo e estilos de vida, evitar o aparecimento de novas doenças e aumento das existentes. Manter um maior controle das doenças crônicas e maior adesão ao tratamento.

O trabalho na equipe é fundamental, onde cada profissional de saúde tem sua responsabilidade.

Integra a equipe de saúde dois médicos, um médico brasileiro, que trabalha segunda a tarde nas quintas e sexta feiras. Eu trabalho segunda feira visitas

domiciliares, terça, quarta e quinta feira da manhã faço consultas no meu posto de saúde.

Temos muitas funções, realizar atenção a saúde aos indivíduos sobre suas responsabilidades, realizar atividades programadas e atender as demandas espontâneas.

Também integram minha equipe de saúde duas enfermeiras que realizam consultas pré-natal, pediátricas, obstétricas, participar e executar atividades educativas, indicam exames de rotina, prescrevi e encaminham quando o usuário precisa, avaliar e planejar consultas de acordo com idade e patologia dos usuários.

Nós também temos dois técnicos em enfermagem que realizam procedimentos regulamentados por sua profissão correspondente com patologias dos usuários, ações de educação em saúde a população, realiza também atividades de educação permanente.

Também temos 6 agentes comunitárias de saúde, trabalham na atualização de registros da família na área, pesquisar doenças e realizar ações educativas na população e acompanhamento familiar, está em contato permanente. Nós também temos duas técnicas de vacinação que tem como função vacinar toda a população em risco. Todas as vacinas disponíveis em nosso posto de saúde são oferecidas gratuitamente.

Temos duas pessoas encarregadas de limpar o posto de saúde, um motorista, que é responsável por as pessoas que trabalham no posto chegarem mais cedo, transportar medicamentos e vacinas.

A unidade tem uma sala de espera dois consultórios médicos, sala de enfermagem e curativos, sala de vacinação, uma farmácia, sala da secretaria, laboratório fechado por baixa demanda, sala de aerossol, uma cozinha, sala de agente comunitários, banheiro e um depósito e estacionamento.

Falta na minha unidade de saúde 3 condicionadores de ar, uma maca, escadinha, pinças para procedimentos, bandejas para curativos, tesoura para procedimentos, cadeiras, suporte para copo desmontável, não tem sala de odontologia, sem geladeira na sala de vacinação.

Até agora fica muito difícil fazer medicina familiar, pois é uma população que precisa de atendimento médico, tem muitos doentes sem assistir.

As doenças mais tratadas são Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Síndrome Metabólica, Corrimento Vaginal, infecções respiratórias agudas e diarreicas, são muito comuns sobre tudo no inverno quando a chuva aparece.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Porto Grande tem uma extensão territorial de 4401,8 km e uma população de 17.481 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); situa-se a 84 km a Norte - Oeste de Macapá a maior cidade nos arredores. É rico em recursos naturais e possui uma grande área de madeira, constituindo a base de sua econômica. A atração turística do município funciona dentro da própria cidade, com um belo balneário e o festival anual do abacaxi atrai visitante de todo estado.

Porto Grande tem 3 Unidades Básica de Saúde (UBS), na zona urbana tem o Posto de Saúde ou UBS? Wender Rodrigues de Sousa que é a UBS onde trabalho, na zona rural tem Cupixi e Matapi com equipes de saúde família, não têm disponibilidades de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tem um Centro Odontológico que fica no centro da cidade. As especialidades que tem no município são pediatria que tem consulta cada 15 dias, a pediatra mora em Macapá, nutricionista que tem consultas todos os dias e também fisioterapeutas.

Temos um hospital com 34 leitos, quando acontece uma emergência eles são encaminhados para a capital; temos 3 ambulâncias, as quais dão suporte para a zona urbana e rural; temos também um laboratório clínico, onde se faz exames complementares, tais como: EAS, EPF, colesterol, creatinina, TGP, TGO, glicose, hemoglobina, triglicerídeos, ultrassom abdominal, transvaginal e mamária. Os outros exames complementares: bacterioscopia de secreção vaginal, PCCU e radiografias são realizados em clínicas privadas. Os especializados são realizados na capital, como por exemplo, colonoscopia, ecocardiograma, endoscopias e mamografias, que é uma das principais dificuldades, pois às vezes os usuários não tem dinheiro para viajar ou uma boa saúde.

A UBS Wender Rodrigues de Souza, tem vínculos com as instituições de ensino, tem modelo de atenção tradicional. Sua inauguração foi em 1º de novembro do ano 2002 e foi reinaugurada 31/07/2013. Levo dois meses e meio trabalhando aqui, muitos bairros da cidade são servidos: Jesus de Nazaré, Nova Jerusalém,

Princesa Dayana, Perímetro Norte, Aeroporto e Copalva. A população que atendo é do Aeroporto. É um bairro com uma população muito carente de saúde, são pessoas simples, pobres, mas muito gratas pelo trabalho que é feito na minha unidade básica de saúde.

A unidade está localizada na entrada da cidade, na área circunvizinha tem uma escola municipal, campo de futebol e lojas, o posto de saúde tem serviço de água 24 horas, serviço de energia, não tem serviço de internet, a comunicação é através de linha telefônica Vivo e Oi.

Trabalho segunda-feira visitas domiciliares, terça, quarta e quinta-feira de manhã faço consultas no meu posto de saúde/UBS?. Também integram minha equipe de saúde (são dois médicos?), duas enfermeiras que realizam consultas pré-natal, pediátricas e obstétricas. Nós também temos dois técnicos em enfermagem, 6 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), duas técnicas de vacinação, duas pessoas encarregadas de limpar o posto de saúde e um motorista.

A unidade tem uma sala de espera, dois consultórios médicos, sala de enfermagem e curativos, sala de vacinação, uma farmácia, sala da secretaria, laboratório fechado por baixa demanda, sala de aerossol, uma cozinha, sala de agentes comunitários, banheiro, depósito e estacionamento. Falta na minha unidade de saúde 3 condicionadores de ar, uma maca, escadinha, pinças para procedimentos, bandejas para curativos, tesoura para procedimentos, cadeiras, suporte para copo desmontável, não tem sala de odontologia e geladeira na sala de vacinação.

Em relação à estrutura física, nossa UBS não conta com alguns dos ambientes da estrutura física, que deve ter toda unidade, por exemplo, não tem sala e administração e gerência, laboratório, sala para os ACS e não possui sala de odontologia. Não possuem telas mosquiteiras e não tem sinalização com figuras em Braille ou mediante recursos auditivos, a UBS tem depósitos de lixo, mas este não está protegido contra roedores e embora se realize recolhimento semanal minha UBS não tem cobertura de proteção. Todas as salas têm janelas que recebem iluminação natural, tem paredes laváveis, os pisos são de superfície lisa e regulares.

A UBS conta com uma equipe de saúde. A área não está mapeada, o que dificulta o cadastramento das famílias e indivíduo. Isso também dificulta a pesquisa de usuários com enfermidades crônicas.

Os usuários não encontram nenhum tipo de dificuldade, quer dizer, não encontram grandes barreiras arquitetônicas, já que dentro dos princípios do SUS está a atenção a todos os indivíduos, sem discriminação. O piso é regular, sem desníveis e degraus, mas não possui rampas alternativas, nem corrimãos para as pessoas com deficiência visual.

Algumas das dificuldades relacionadas a equipamentos e insumos são: falta de espéculo vaginal, estetoscópio de Pinard, glicosímetros, mesa ginecológica, tensiômetros (têm apenas um que está na sala de enfermagem) e geladeira exclusiva para vacinas. E as vacinas têm que pedir à secretaria, que é responsável, pelo início da manhã, para levar até a unidade.

Temos problemas na reposição do material de consumo que é insuficiente, também ocorre com a manutenção e reposição de instrumento e equipamentos. Não temos consultório odontológico, que ainda está em construção, os usuários têm que agendar as consultas no hospital. Não temos conexão com internet e telefones próprio da UBS. Em Porto Grande as operadoras de telefonia que existem são Vivo e Oi, que tem o serviço de internet muito ruim.

Existe muita falta de medicamentos, quando não temos, os usuários procuram o hospital ou vão comprar. Em relação aos encaminhamentos para atendimento especializado são na capital, em Porto não temos nenhuma especialidade.

A atenção da equipe se vê limitada a atenção na UBS e nos domicílios que são visitados. Não se realizam muitas atividades em outros espaços, como escolas, centros de trabalho, existem poucos grupos de adolescentes, lactantes. Os Hipertensos e Diabéticos recebem consultas do Hiperdia. Tudo isso são atribuições desenvolvidas por nossa UBS algumas atribuições que também são minhas como médica, atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade, realizar atividades programadas e atenção a demanda espontânea, encaminhar quando necessário, participar do gerenciamento dos insumos necessários para adequado funcionamento da UBS, cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados.

Os enfermeiros realizam atenção à saúde aos indivíduos e família cadastradas nas equipes, realizam consultas de enfermagem, procedimentos, atividades em grupos, solicitam exames complementares, prescrevem medicações, participam do gerenciamento dos insumos necessários. Os ACS trabalham com

adstrição de famílias em base geográfica, definindo a microárea, cadastram todas as pessoas de sua microárea e mantém os cadastros atualizados, acompanham por meio de visitas domiciliares, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, desenvolvem atividades de promoção da saúde de prevenção das doenças. Auxiliar e o técnico de enfermagem participam das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício, realizam atividades programadas e de atenção a demanda espontânea.

A UBS tem apenas uma equipe, adequado para o tamanho da área, composta por 4.004 habitantes. De acordo com a cobertura populacional, expõe-se que cada equipe de saúde pode atender até 4.000 habitantes, sendo ideal 3000 pessoas, definido e mapeado a área de atenção.

Refletindo sobre demandas espontâneas, a mesma se realiza na sala de recepção, os usuários chegam a busca de ajuda e conselho, são recebidos pela recepcionista que os encaminha ao lugar correspondente para seu atendimento. Os profissionais que realizam acolhimento na UBS são médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem. Existe uma equipe de acolhimento que se realiza nos dois horários e não demora mais de 5 a 10 minutos em ser atendidos.

Na unidade a demanda espontânea é decorrente de pessoas de nossa área como de comunidades próximas, chegam solicitando atenção médica, curativo, outros com emergências médicas. Então prestamos a primeira atenção e encaminhamos para o hospital. Não dispomos de atendimento odontológico, por não termos dentistas. Realizamos a avaliação e classificação do risco biológico para definir o encaminhamento da demanda do usuário. Todas as pessoas que chegam solicitando atenção são recebidas, alguns problemas de saúde podem ser solucionados outros não, mais se recebe e orienta os usuários.

Segundo a estimativa do Caderno de Ações Programática (CAP), existem 84 crianças menores de um ano residentes na área, onde temos 73 crianças cadastradas e acompanhadas na UBS, uma cobertura de 87%. Do total de crianças cadastradas e acompanhadas 57 (78%) estão com consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, realizaram o teste do pezinho até sete dias, receberam orientação para aleitamento materno exclusivo e sobre prevenção de acidentes; apenas 12 (16%) estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias; 50 (68%) tiveram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete

dias de vida; e 52 (71%) tiveram monitoramento do desenvolvimento na última consulta e estão com vacinas em dia.

Realizamos atendimento de puericultura para o grupo etário de 0 a 72 meses, as ações que são desenvolvidas no cuidado à criança na puericultura compreendem a promoção do aleitamento materno, já que as mulheres estão grávidas, através de palestras sobre benefício do aleitamento materno para o bebê, como a redução de alergia, da obesidade, melhor nutrição e desenvolvimento da cavidade bucal e benefício para a mãe, também diminuição do peso mais rápido, maior interação mãe bebê e importante diminuição do risco de câncer de mama.

Ainda são dadas orientações sobre os cuidados com os recém-nascido, como deve ser a lavagem de mãos por todas pessoas que tem contato com o bebê, não permitir que pessoas fumem dentro de casa ou que aqueles que acabam de fumar peguem o bebê, orientar a respeito do banho e da posição supina. Minha UBS não tem problemas com o teste do pezinho, uma vez que, quando o bebê nasce no hospital da cidade, é realizado no próprio hospital, se não for feito a coleta até o 30º dia de vida do bebê.

Nós registramos os atendimentos das crianças da puericultura em formulário especial da puericultura. Um dos graves problemas que existem na minha cidade é falta de pediatra; as crianças de alto risco são encaminhadas para a capital, muitos atendem e outros não têm condições ou o dinheiro para fazer a viagem para a capital, o mesmo acontece com alguns exames complementares realizados na capital. Em minha UBS não contamos com tallmetro, encaminhamos uma carta ao secretário de saúde e prefeitura para ver que solução será tomada.

Minha UBS tem 45 gestantes residentes na área eu em consultas de pré-natal. Segundo a estimativa do CAP existem 60 gestantes residentes na área, onde temos 45 gestantes cadastradas e acompanhadas na UBS, uma cobertura 75%. Do total de gestantes cadastradas e acompanhadas 39 (87%) iniciaram pré-natal no 1º trimestre, tiveram consultas em dia de acordo com calendários do Ministério da Saúde, tiveram solicitação na 1ª consultas dos exames laboratoriais preconizados, prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo, avaliação de saúde bucal e orientação para aleitamento exclusivo, 30 (67%) estão com vacinas antitetânica e contra hepatite B em dia.

Oriento as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação. As consultas de pré-natal de gestação de baixo risco

intercala com a presença do enfermeiro. São solicitados exames complementares e dada orientação sobre o tratamento, caso necessário.

O enfermeiro orienta a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B), identifica as gestantes com algum sinal de alarme, realiza exame clínico das mamas e orienta as gestantes e equipe quanto aos fatores de risco e a vulnerabilidade, a periodicidade das consultas e realiza busca ativa das gestantes faltosas.

As ações que são desenvolvidas na UBS são: imunizações, planejamento familiar, avaliação do estado nutricional, no âmbito da UBS, e orientações sobre aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis e atividade física através de palestras nas escolas. São realizadas palestras também sobre a importância de cada controle e seu objetivo específico em cada trimestre. Realizamos visitas domiciliares.

Um dos graves problemas que existem na minha cidade é falta de ginecologista; as mulheres grávidas de alto risco são encaminhadas para a capital muitos atendem e outros não, eles não tem condições ou o dinheiro para fazer a viagem para a capital, o mesmo acontece com alguns exames complementares, como Coombs indireto (se for Rh negativo), toxoplasmose IgM e IgG, sorologia para hepatite B (HbsAg), eletroforese de hemoglobina, que as amostras são recolhidas na cidade e encaminhadas para a capital, sendo as vezes os resultados extraviados.

O exame ginecológico não é feito na UBS por falta de mesa de exame ginecológico, foco de luz e de espécuro, o exame ginecológico é realizado nas consultas com a ginecologista. Encaminhamos uma carta ao secretário de saúde e prefeitura para ver que solução será tomada, este é um do exame importante para um bom acompanhamento pré-natal.

Na unidade existem registros do acompanhamento pré-natal, seguimos Caderno de Atenção Básica Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco e Saúde da Criança, planejamos e monitoramos as ações.

Segundo a estimativa do Caderno de Ações Programática (CAP), existem 849 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área, onde temos 534 mulheres cadastradas e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero uma cobertura 63%. Do total de mulheres cadastradas e acompanhadas 298 (56%) tiveram exames citopatológicos para câncer de colo de útero em dia, 213 (40%) tiveram exames citopatológicos para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso, 231 (43%) tiveram avaliação de risco para câncer de colo de útero, 428

(80%) tiverem orientação sobre prevenção de CA de colo de útero, 208 (39%) tiverem orientação sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), 298 (56%) tiverem exames coletados com amostra satisfatória. Um dos graves problemas que existem na minha cidade é não está fazendo exame citopatológico pelo SUS, são feitos em clínica particular, muitas não podem realizar este exame muito importante porque custa 100 reais.

Não tem exame citopatológico alterado em minha UBS, os principais sintomas da doença, que precisam ser observados são sangramento vaginal (espontâneo, após o coito ou esforço), leucorreia e dor pélvica.

A prevenção primária do câncer do colo útero está relacionada a diminuição do risco de contágio pelo HPV. Está sendo realizada a vacinação de adolescente entre 11 a 13 anos contra o HPV, além de que todos os profissionais de saúde orientam as mulheres para o uso de preservativo em todas as relações sexuais. Também são realizadas ações que orientam sobre os malefícios do tabagismo, fazendo palestras ajuda a minimizar o risco de câncer.

O risco de câncer de mama aumenta com a idade, cerca de 70-80% dos tumores são diagnosticados a partir dos 50 anos de idade. Minha UBS tem 129 mulheres na área sendo acompanhadas para a prevenção de câncer de mama. Segundo a estimativa do Caderno de Ações Programática (CAP), existem 176 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área, onde temos 129 mulheres cadastradas e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama uma cobertura 73%. Do total de mulheres cadastradas e acompanhadas 21(16%) tiverem mamografia em dia, 108(84%) tiverem mamografia com mais de 3 meses em atraso, 12(9%) tiverem avaliação de risco para câncer de mama, 129(100%) tiverem orientação sobre prevenção do câncer de mama.

A prevenção primaria está relacionada ao controle dos fatores de risco reconhecidos. São realizadas palestras sobre os fatores de risco, obesidade, ingestão regular de álcool, sedentarismo e história familiar, além de orientação sobre auto palpação das mamas sempre que se sentir confortável para tal, seja no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano.

Temos registros do acompanhamento câncer de colo de útero e de mama, e seguem o Caderno de Atenção Básica Controles do Câncer de Colo de Útero e de Mama e planejamos e monitoramos as ações.

Nós como profissionais da atenção básica no controle dos cânceres do colo do útero e de mama temos atribuições, as quais são, conhecer as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, planejar e programar as ações de controle com priorização segundo critérios de risco, atender as usuárias de maneira integral, realizar consultas de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária, solicitar exame complementar a mamografia, como ultrassonografia, quando o laudo assim o indica, examinar e avaliar usuários com sinais e sintomas relacionados aos cânceres.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequentes das doenças cardiovasculares. E também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular e infarto agudo.

Segundo a estimativa do Caderno de Ações Programática (CAP), existem 706 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área, onde temos 423 cadastradas e acompanhadas na UBS uma cobertura 60%. Do total de hipertensos, 258 (61%) tiveram realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 223(53%) tiveram atrasos das consultas agendadas em mais de 7 dia, 278(66%) tiveram exames complementares períodos em dia, 321(76%) tiveram orientação sobre prática de atividades física regular e orientação para alimentação saudável.

A prevenção primária da HAS pode ser feita mediante controle de seus fatores de risco, como sobrecarga na ingestão de sal, excesso de adiposidade especialmente na cintura abdominal, abuso de álcool, sedentarismo, tabagismo. Nós como profissionais da atenção básica atuamos sobre estes fatores de risco por meio de ações educativas fazendo palestras, orientação sobre práticas de atividade física regular (atividades aeróbicas por 30 minutos pelo menos, na maioria dos dias da semana), orientação nutricional para alimentação saudável rica em frutas e vegetais, pobre em gorduras total e saturadas, por meio de palestras e nas consultas.

Temos protocolos de atendimento para HAS, quem produziu este foi o Ministério da Saúde, os profissionais que utilizam o protocolo são médico e enfermeiro.

As ações que são desenvolvidas na UBS são imunizações, tratamento do alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão.

O diabetes Mellitus é uma doença comum e de incidência crescente que aumenta com a idade. O diabetes apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doenças cardiovasculares.

Segundo a estimativa do Caderno de Ações Programática (CAP), existem 202 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, onde temos 110 cadastradas e acompanhadas na UBS uma cobertura 54%. Do total diabéticos 87(79%) tiveram realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 51(46%) tiveram atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, 75(68%) tiveram exames complementares periódicos em dia, exames físicos dos pés nos últimos 3 meses, medidas da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, orientação sobre prática de atividades física regular, orientação nutricional para alimentação saudável.

Podemos prevenir ou ao menos retardar o aparecimento do Diabetes com mudança de estilo de vida, aumento de ingestão de fibras, restrição energética moderada e gorduras especialmente as saturadas, e aumento de atividades físicas.

Algumas ações e condutas que fazemos é parte do trabalho de toda minha equipe, que são estimular os usuários se organizarem em grupos de ajuda mútuas, como por exemplo, grupos de caminhadas, técnicas de autocuidado, promover a educação profissional permanente sobre dieta na equipe de saúde a fim de estimular e qualificar o cuidado, agendar as revisões necessárias e fazer a busca ativas dos faltosos

Um dos problemas que existem na minha UBS é a falta de medicamentos, encaminhamos uma carta ao secretário de saúde e prefeitura para ver que solução será tomada, está é uma das coisas mais importante para um bom controle os usuários.

Temos registros do acompanhamento das pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, seguimos o Caderno de Atenção Básica Hipertensão Arterial e Diabetes, e planejamos e monitoramos as ações que são realizados.

Dos profissionais da atenção básica no atendimento a saúde das pessoas idosas tem ações como identificar e acompanhar pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização, acolher as pessoas idosas de forma humanizada na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive possibilitando a criação de

vínculos com ética, compromisso e respeito, prestar atenção contínua as necessidades de saúde das pessoas idosas.

Prestamos orientações gerais relacionadas a alimentação das pessoas idosas, em especial nas situações de doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica. Segundo a estimativa do Caderno de Ações Programática (CAP), existem 206 idosos com 60 anos ou mais residentes na área onde temos 145 cadastradas e acompanhadas na UBS uma cobertura 70%. Do total de idosos 95 (66%) tiveram Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa, 98(68%) tiveram realização de avaliação multidimensional rápida, avaliação de risco para morbimortalidade, acompanhamento em dia e investigação de indicadores de fragilização na velhice, 86(59%) tem Hipertensão Arterial Sistêmica e 41(28%) Diabetes Mellitus, 116(80%) tiveram orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividades físicas regulares.

A inatividade física é um dos fatores de risco mais importante para as doenças crônicas, associadas a dietas inadequadas e uso do fumo. É bastante prevalente a inatividade física entre os idosos. Nós promovemos palestras sobre os benefícios da prática de atividade física, que são redução no risco de morte por doenças cardiovasculares, melhora a postura e o equilíbrio, controle do peso corporal, a qualidade do sono, a enfermidade venosa periférica.

As ações que são desenvolvidas na UBS são imunização, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo. A equipe de saúde realiza uma atividade de grupo por mês.

Temos registros do acompanhamento das pessoas idosas, seguimos o Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, e planejamos e monitoramos as ações que são realizadas.

Os maiores desafios que minha UBS tem são melhorar a qualidade de vida das pessoas, dar boa atenção aos problemas prioritários de saúde e prevenção de doenças. E educar a população para melhorar sua qualidade de vida e estilo de vida. Os melhores recursos que temos são as pessoas que trabalham em nossa unidade, acordam todos os dias para dar um bom serviço aos usuários.

O estado da nossa unidade de saúde melhorou muito em relação ao início, quando comecei a trabalhar que não havia organização no local de trabalho e

atividades de saúde. Agora junto com enfermeiros, com técnica de enfermagem, agente de saúde, vacinadores, recepcionistas, motoristas e o pessoal de limpeza está tudo organizado.

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

Analisando o texto inicial e o relatório da análise situacional, podemos perceber como esse período ajudou para conhecer a UBS e suas características. No início da intervenção ficava muito difícil fazer medicina familiar, pois é uma população que precisa de atendimento médico, tem muitos usuários sem acompanhamento, não existia o trabalho em equipe, que é fundamental cada profissional de saúde ter sua responsabilidade.

A análise situacional contribuiu para analisamos várias ações programáticas, dentre elas o Pré-Natal, Puerpério, Saúde da Criança, Câncer de colo de útero, Câncer de mama, Hipertensão, Diabetes e Saúde da pessoa idosa. Isso nos ajudou muito para escolher qual seria foco para a intervenção e analisar algumas das dificuldades e problemas existentes para resolver.

Os questionários que nos ajudaram a realizar a análise situacional foram Questionários Engajamento Público, Estrutura da UBS I e II, Atribuições dos Profissionais, Atenção à Demanda Espontânea, Atenção Pré-Natal, Atenção à Saúde da Criança, Atenção do Câncer do Colo de Útero e Mama, Atenção ao Hipertenso e/ou Diabéticos, Atenção à Saúde dos Idosos.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 20% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

O Diabetes Mellitus (DM) também tem grande impacto na mortalidade e nos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos seus portadores, como anos de vida perdidos ajustados por incapacidades. Em 1999, o DM apresentava uma taxa de 12 por mil habitantes, ocupando a oitava posição (BRASIL, 2013).

O DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalização no Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, o foco da intervenção que vamos trabalhar, HAS e DM, tem um grande impacto na saúde da população.

A UBS tem como estrutura uma sala de espera, dois consultórios médicos, sala de enfermagem e curativo, sala de vacinação, uma farmácia, sala da secretária, sala de aerossol, uma cozinha, sala de ACS, banheiro, depósito e estacionamento. Integram minha equipe de saúde dois médicos? duas enfermeiras, dois técnicos em enfermagem, 6 ACS, duas técnicas de vacinação, duas pessoas encarregadas de limpar o posto de saúde e um motorista.

A equipe é adequada para o tamanho da área composta por 4004 habitantes delas 2240 pertencem ao grupo de 20 anos ou mais e deles 706 sofrem de HAS dos quais 423 são cadastrados e acompanhadas representando 60%. No caso de DM 202 pessoas maiores de 20 anos sofrem desta enfermidade desse total 110 são cadastradas e acompanhadas representando 54% da população de 20 anos e mais.

A qualidade da atenção à saúde desta população é boa, nós trabalhamos todos os dias protocolos de atendimento para hipertensão e diabetes. Ações de promoção em saúde que já são desenvolvidas visitas domiciliares para cadastramento de pessoas hipertensas e diabéticas, palestras sobre obesidade, tabagismo, modificações de estilo de vida, fator de risco.

A equipe está envolvida na intervenção, dando todo apoio. As principais dificuldades e limitações existentes são falta de medicamentos, falta de especialistas: cardiologista, endócrinos, psicólogos, oftalmologistas, também acontece com exames complementares: ecocardiograma, eletrocardiograma, radiografias. Os aspectos que viabilizam a realização da intervenção são o trabalho conjunto de toda UBS e apoio de secretária de saúde. Os aspectos em que a intervenção pode melhorar a atenção é aumentar e melhorar o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, dar conhecimento sobre hábitos alimentares saudáveis, fatores de risco e cuidados que já deve ter sendo hipertenso e diabético.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Wender Rodrigues de Sousa, Porto Grande, estado do Amapá.

2.2.2 Objetivos específicos

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

2.2.3 Metas

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

Metas:

- 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
- 1.2 Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

Metas:

- 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos

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

Metas:

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Metas:

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos**Metas:**

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

2.3 Metodologia

2.3.1 Detalhamento das Ações

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

Metas:

- 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção á Hipertensão Arterial e á Diabetes Mellitus da unidade de saúde
- 1.2 Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção á Hipertensão Arterial e á Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Se monitora o cadastro no Programa de Atenção dos hipertensos e diabéticos que assistam a consulta, vacinação, busca de tratamentos, curativos, visitas domiciliar, ações de saúde, palestras por médico, enfermagem, técnica de enfermagem vacinadora agente de saúde e recepcionista será todos os dias.

Organização e gestão dos serviços

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Será realizado o registro dos hipertensos e diabéticos que assistam a consulta, vacinação, busca de tratamentos, curativos, visitas domiciliar ações de saúde por todo equipe os usuários identificados serão citados para ser avaliados na consulta. Os registro serão conformados com dados gerais dos usuários e a data da assistência a consulta, o que permitirá monitorar o cumprimento das consultas dos usuários.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de hipertensão e diabetes

Detalhamento: poderemos desempenhar esta ação os usuários com hipertensão e diabetes receberão atendimento todos os dias em duas seções, os atendimentos serão realizados mediante agendamento de consultas, igualmente serão atendidos aqueles que não tenham consulta agendada. ACS, realizarão a pesquisa de usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência, realizaram visita domiciliar, tentando incorporar aos usuários a nossa UBS. Todos os integrantes participaram das ações de promoção e prevenção

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

Detalhamento: garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e hemoglicoteste dos usuários hipertensos e diabéticos de acordo com protocolo adotado fazer uma pesquisa de as equipes existentes em posto uma vez a mês com objetivo de ver qual está em bom estado a qual se vai fazer por direção de posto de saúde.

Engajamento Público

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

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

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

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

Detalhamento: esta ação será feita mediante a colocação de propaganda, cartazes e roteiros do programa HIPERDIA, que serão colocadas no lugar de atendimento, mediante as visitas domiciliar dos ACS, mediante a utilização de meios de informação como a rádio da comunidade, mediante as conversas, palestra; durante o processo da consulta.

Qualificação da prática clínica

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

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Serão programados encontros com os ACS e a equipe, para oferecer capacitação para participar no programa e na intervenção, as informações serão para capacitar sobre toma de pressão, teste de glicose, ações de promoção e prevenção, como realizar o processo de acolhimento, registro e cadastro dos usuários, também em as reuniões de equipe se vai discutir um tema mensal.

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

Metas:

- 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: serão monitorados por médicos e enfermagem em consultas, visitas domiciliares e ações de saúde. Os registro vai permitir o monitoramento som as ficha espelho ou prontuário.

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

Detalhamento: serão monitorados por médicos e enfermagem em consultas, visitas domiciliares e ações de saúde os usuários que tem feitos ser avaliados se tem alguma alteração, se indicara tratamento ou será encaminhado para especialistas, o que não tem feitos se solicitaram e será agendado uma consulta de retorno para avaliar os exames solicitados.

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

Detalhamento: serão monitorados por médicos e enfermagem em consultas, visitas domiciliares e ações de saúde.

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia para hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: serão monitorados por médicos e enfermagem em consultas, agentes de saúde em visitas domiciliares e ações de saúde

Ação: Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: serão monitorados por médicos e enfermagem em consultas, visitas domiciliares e ações de saúde, também as agentes de saúde em visitas domiciliar.

Organização e gestão dos serviços

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

Detalhamento: Em as reuniões cada mês se vai definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos

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

Detalhamento: Diretora da UBS vai organizar as reuniões de cada mês e capacitação de acordo os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Começaremos as capacitações com informações gerais das doenças, características, promoção e prevenção.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. *Detalhamento:* Nas reuniões da equipe capacitar a todo a equipe com materiais atualizados sobre os protocolos de atendimento. Solicitar aos gestores a atualização dos protocolos de atenção ao hipertenso e diabético

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Exames complementares será garantidos sua solicitação em as consultas e visitas domiciliar por medico e enfermeira.

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

Detalhamento Diretora da UBS solicitar aos gestores municipal agilidade a disponibilidade dos exames complementares para estes usuários.

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

Detalhamento: Avaliar mensalmente por a farmacêutica os medicamentos disponíveis na UBS e a validade dos mesmos

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

Detalhamento: Farmacêutica mensalmente vai manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Engajamento Público

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

Detalhamento: cada membro da equipe em visita domiciliar que será uma vez a semana, em as consultas todos os dias, palestras e as ações comunitárias são uma vês mês vamos a dar orientações sobree riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabéticos e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente

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

Detalhamento: As orientações aos usuários e à comunidade serão realizadas mediante as consulta, visitas domiciliar também mediante propaganda impressa e rádio. Para isso solicitaremos o apoio da secretaria de saúde e da prefeitura do Município

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

Detalhamento: As orientações aos usuários e à comunidade sobre a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares serão realizadas mediante as consulta, visitas domiciliar também mediante propaganda impressa e rádio. Para isso solicitaremos o apoio da secretaria de saúde e da prefeitura do Município

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

Detalhamento: Mediante a utilização de médios de informação como a rádio as conversas, da comunidade vai a conhecer ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

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

Detalhamento: As orientações aos usuários e à comunidade serão realizadas mediante as consulta, visitas domiciliar também mediante propaganda impressa e rádio.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Capacitar todo ele equipe, médico, enfermagem, técnico de enfermagem e assistente de saúde sobre atualizações sobre os exames clínicos apropriados seguem protocolo de HIPERDIA em as reuniões de equipe uma vês ao mês.

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

Detalhamento: Capacitar todo ele equipe, médico, enfermagem, técnico de enfermagem e assistente de saúde sobre protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares em as reuniões de equipe uma vês ao mês.

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: Atualizar todo ele equipe, médico, enfermagem, técnico de enfermagem e assistente de saúde sobre tratamento da hipertensão em as reuniões de equipe uma vês ao mês.

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

Detalhamento: Capacitar todo ele equipe, médico, enfermagem, técnico de enfermagem e assistente de saúde sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia em as reuniões de equipe uma vês a mês

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

Detalhamento: Capacitar todo ele equipe, médico, enfermagem, técnico de enfermagem e assistente de saúde sobre necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos uma vês a mês em as reuniões.

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

Metas:

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Mediante as reuniões com a equipe de saúde semanalmente analisaremos os dados no registro de HIPERDIA, conheceremos o número de usuários com consulta ao dia segundo protocolo.

Organização e gestão dos serviços

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

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

Detalhamento: Na análise da periodicidade das consultas conheceremos os usuários faltosos as mesmas, se programaram visitas domiciliar todos os dias que serão feitas pelos ACS acompanhados por médico, enfermeira ou técnicos de enfermagem de maneira alternativa. Será explicada a importância do acompanhamento em as doenças crônicas.

Engajamento Público

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

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

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

Detalhamento: Se ofereceram informações sobre os riscos e complicações de ambas doenças mediante as propagandas, roteiros, meios de difusão, conversas, palestras e durante a consulta.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Nas reuniões da equipe capacitar a toda equipe com materiais atualizados sobre os protocolos de atendimento, assim como a capacitação específica dos agentes de saúde para a orientação nas visitas domiciliares os usuários sobre as consultas com baixo risco deveram realizar pelo menos duas consultas médicas e duas consultas de enfermagem ao ano, e os de alto risco três consultas médicas e duas enfermagem ao ano.

4.Objetivo: Melhorar o registro das informações de hipertensos e /ou diabéticos.

Metas:

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Os monitoramentos dos registros serão feitos mediante as reuniões da equipe, serão avaliadas a qualidade dos registros.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Recepcionista da enfermeira fazer atualização dos dados do SIAB semanalmente

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Médico vai adotar a ficha espelho sugerida pelo curso que tem nome, idade, sexo, tratamento e endereço

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Ter registros atualizados das informações do SIAB, dados específicos necessários de cada usuário assim como planilhas de acompanhamento será atualizado por direções de equipe ao fim mês com as fichas de produção que levar os dados a secretaria de saúde.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Responsável pelo monitoramento dos registros será o recepcionista e diretor do UBS

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

Detalhamento: Ter registros atualizados das informações do SIAB, dados específicos necessários de cada usuário assim como planilhas de acompanhamento será atualizado por direções de equipe ao fim mês com as fichas de produção que levar os dados a secretaria de saúde.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Durante o processo da consulta, conversas, palestras, serão oferecidas aos usuários os direitos que tem os usuários de ter acesso a seus registros.

Qualificação da prática clínica

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

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

Detalhamento: A equipe receberá capacitações e treinamento com objetivo de realizar o correto preenchimento dos dados dos registros quais vai ser feitas uma vês ao mês

5. Objetivo: Mapear hipertensos e diabéticos de riscos para doenças cardiovasculares.

Metas:

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

cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Fazer por toda equipe a pesquisa ativa de sinais de alerta para os usuários hipertensos e diabéticos. Serão Monitorados durante o processo da consulta com avaliação integral e visitas domiciliar.

Organização e gestão dos serviços

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

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Mediante a revisão dos prontuários clínicos das usuários o durante os interrogatórios nas visitas domiciliares as consultas médicas, estabelecendo prioridades para agendamento de consultas as usuários com maior risco.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Mediante a revisão dos prontuários clínicos, ficha espelho será verificada mensalmente realização da estratificação de risco nas consultas e importância do acompanhamento regular.

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

Detalhamento: Se orientara a comunidade mediante da consulta, conversas, palestras, sobre os fatores de risco modificáveis e também nas visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

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

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

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

Detalhamento: Durante os encontros de capacitação com a equipe e outros profissionais, se orientará sobre a avaliação do risco cardiovascular, registro desta avaliação e as diferentes atividades de promoção que serão indicadas aos usuários

6. Objetivo: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Monitoramento e avaliação

Metas:

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

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos cadastrados.

Detalhamento: Em cada consulta medico e enfermeira dar orientação nutricional e vai encaminhar a nutricionista dos hipertensos e diabéticos sobrepeso e obesos .

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

Detalhamento: Orientar em cada consulta, visitas domiciliar, ações suade a cada usuário sobre os benefícios da atividade física regular, os riscos do tabagismo.

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

Detalhamento: Orientar em cada consulta, visitas domiciliar, ações suade a cada usuário sobre os benefícios do manter uma boa higiene bucal.

Organização e gestão dos serviços

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

Detalhamento: orientação e realização de exercício físico, programaremos os encontros com professores de Educação física em coordenação com a secretaria de saúde, com objetivo que os usuários hipertensos os diabéticos recebam maior informação sobre os benefícios dos exercícios físicos e podam realizar atividades físicas supervisionadas pelos professores. Assim mesmo serão coordenados os encontros com nutricionistas

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

Detalhamento: Se programará durante as reuniões da equipe um encontro com o gestor para dar participação das atividades que se vão a desenvolver na UBS, a necessidade de sua colaboração e ajuda que pode oferecer, por exemplo, na compra de medicamentos para o tratamento do Tabagismo.

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

Engajamento Público

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

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

Detalhamento: Orientar em cada consulta, visitas domiciliar, ações de saúde a cada usuário sobre os benefícios da atividade física regular.

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

Detalhamento: Orientar a todos hipertensos e diabéticos mediante atividades, palestras ações de saúde, murais informativos e educativos a existência tratamento para abandono o tabagismo.

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

Detalhamento: Orientar a todos hipertensos e diabéticos mediante atividades, palestras ações de saúde, murais informativos e educativos a importância da higiene bucal.

Qualificação da prática clínica

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

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

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

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

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

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

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

Detalhamento: A equipe receberá adiestramento mensal para o desenvolvimento das atividades de promoção e prevenção de saúde sobre, práticas de alimentação saudável, sobre metodologias de educação em saúde, sobre a

promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento de usuários tabagistas e para oferecer orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

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

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 70% 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 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 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.

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. 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 a 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 usuários diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Protocolos e manuais técnicos que vamos adotar para o projeto de intervenção são Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica, Protocolo de Diabetes Mellitus também vou utilizar Caderno de Atenção Básica de Hipertensão e Diabetes 2013.

Para organizar os registros específicos de programas a UBS não tem ainda ficha espelho temos que solicitar a secretaria de saúde, a enfermeira e médico tiveram que procurar os protocolos consultas em nos últimos meses, esta avaliação será feita em reuniões com equipe. Este registro será de muita ajuda, vamos fazer uma pesquisa e verificar se a fichas contém dados: usuários que se encontra em atraso em consultas, sem exames clínicos e laboratoriais e sim tratamentos.

As ações e informações serão monitoradas em fichas de cadastro desenvolvidos pela equipe médico e enfermeiro com dados de identificação idade sexo, data de nascimento cartão de SUS, dados antropométricos (peso, altura), classificação de risco de cada usuário, medicações em uso, comorbidades, números de hipertensos que passaram em consultas odontológicas. Minha Unidade de Saúde

não está informatizada.

Para monitorias o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de HIPERDIA será preenchido pela Recepcionista, técnicas de enfermagem e ACS, acontecerão todos os dias em posto de saúde. O cadastro e Registro dos Hipertensos e Diabéticos serão confeccionados por médico e enfermeira, ambos serão os responsáveis de monitorar os usuários cadastrados no programa. Os agentes de saúde irão realizar uma pesquisa em sua área de abrangência para cadastrar a mais usuários com estas doenças. O que precisa ser providenciado para ações são: folhas, lápis, canetas, borrachas e régua, o responsável será o gestor.

O monitoramento e garantia da realização de exame clínico e laboratoriais apropriados dos usuários hipertensos e diabéticos de acordo com protocolo adotado serão de responsabilidade de médico e enfermagem, serão solicitados em consultas, visitas domiciliares ações de saúde. O que será providenciado para ações folhas de solicitação de exames responsável direção da UBS e Secretaria de saúde. Melhorar.

Para monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas nos protocolos, orientação nutricional, orientação para atividades físicas, orientação sobre risco do tabagismo serão responsáveis médicos, enfermagem, técnicas em enfermagem as qual se realizará nas reuniões de equipe semanal para esta serão reservadas 2 horas.

Para garantir os registros dos hipertensos e diabéticos e melhorar o acolhimento a recepcionista e técnicas de enfermagem receberam os usuários e logo encaminharão para a sala de triagem. Os usuários com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno, os outros terão prioridades. As agentes de saúde terão 3 vagas para consultas por semanas. O que precisa ser providenciado para estas ações são: folhas, lápis, canetas, borrachas e regras responsável Secretaria de saúde. Também precisaremos de fichas de cadastramentos, que serão impressas na secretaria saúde, pois não temos computador.

Para garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste iremos realizar reuniões com o responsável pela direção da UBS e Secretaria de saúde pra providenciar esses materiais. O que precisa ser providenciado esfigmomanômetros, manguitos, fitas métricas responsável Secretaria de saúde.

Para informar a comunidades sobre a existência do programa de HIPERDIA,

importância de medir pressão, os fatores de risco, a necessidades de realização de exames complementares a periodicidades com que devem ser realizados, será responsável cada membro da equipe em as visitas domiciliar que são uma vez por semana, as consultas todos os dias, palestras, ações comunitárias. Também faremos contatos com associação de moradores, as escolas igrejas para nos apoiar

Para capacitar médicos, enfermagem, ACS, técnica em enfermagem, recepcionista, vacinadora para cadastramento de hipertensos e diabéticos, para verificação da pressão, realização do hemoglicoteste, para realizar estratificação de risco, sobre prática de alimentação saudável promoção da pratica da atividades física será responsável todo equipe.

As capacitações serão realizadas semanalmente na própria UBS em reuniões, a equipe receberá antes e durante a intervenção capacitações e adestramento para o desenvolvimento das atividades de promoção e prevenção de saúde, assim como para o registro, cadastramento, monitoramento e pesquisa dos usuários hipertensos e diabéticos. Receberão todo o assessoramento para o desenvolvimento das atividades correspondentes, utilizaremos protocolos e manuais técnicos. O que precisa ser providenciado para a capacitação são mesas, cadeira e quem será responsável é a direção da UBS.

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos. Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de HTA e DM dia com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.	x				x			x			x			x		x
Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	x															
Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabéticos e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado e sobre os protocolos adotados na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.		x														
Atualização do profissional no tratamento da hipertensão.			x													
Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).	x				x					x			x			x
Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos			x													
Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.			x				x				x					
Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.		x									x					
Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.				x												
Capacitação dos ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.		x														
Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde e				x				x				x				

manter as informações do SIAB atualizadas																		
Implantar a ficha de acompanhamento.	x																	
Pactuar com a equipe o registro das informações				x														
Definir reponsável pelo monitoramento dos registros			x															
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.			x															
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.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Capacitação da equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabéticos e registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.			x															
Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano	x			x			x			x			x					x
Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.	x			x			x			x			x					
Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).				x								x						
Capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo dos pés				x														
Capacitação da equipe para a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis				x														
Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo, higiene bucal, orientação nutricional e prática de atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x

3 Relatório da Intervenção

Nossa equipe teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na Unidade Wender Rodrigues de Sousa do município Porto Grande, Estado do Amapá, o qual toda a equipe buscou alcançar, não só para este programa, mas para todos os programas. Aprendemos muito com as experiências, já que a equipe nunca tinha desenvolvido uma intervenção. A partir desta descobri que nos juntamos e estávamos todos na expectativa do que estava acontecendo.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas foram cumpridas, algumas integralmente e outras parcialmente. Integralmente desenvolvidos seguem os eixos pedagógicos:

Monitoramento e avaliação

O acolhimento dos usuários com hipertensão e diabetes foi realizado com a qualidade requerida pelos protocolos, em todos os dias em duas seções; foram acolhidos pela recepcionista e posteriormente pelas técnicas de enfermagem realizando tiragem, onde os usuários entraram de acordo com prioridade. O monitoramento da realização de exames clínico apropriado aos usuários hipertensos e diabéticos foi feito todos os dias nas consultas, visitas domiciliares e ações de saúde, os responsáveis pelos monitoramentos foram médicos e enfermagem.

Garantimos o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa, onde todos os usuários eram cadastrados no Programa de Atenção dos hipertensos e diabéticos que compareceram a consulta, busca de tratamentos, curativos, visitas domiciliares, ações de saúde, palestras por médico, enfermagem, técnica de enfermagem, vacinadora, ACS e recepcionista.

Uma das coisas que nos ajudou muito no cadastramento foi a campanha de vacinação contra a gripe, muitos usuários foram para receber vacina e aproveitamos para cadastrar os hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão dos serviços

Foi garantido o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa. Para melhorar os registros das informações, o enfermeiro e médico realizaram o monitoramento dos registros e nas reuniões de equipe avaliamos a qualidade dos mesmos, os quais eram feitos na ficha espelho e no cartão de cadastro.

Foram garantidas as solicitações dos exames complementares, que sempre foram realizadas nas consultas e visitas domiciliares por médico e enfermeira, onde os gestores contribuíram para a agilidade da disponibilidade dos exames complementares para estes usuários.

Nas reuniões de cada mês foram definidas as atribuições de cada membro da equipe no acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, onde todos estavam de acordo com as atribuições.

Também foi organizada a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Engajamento Público

Informamos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e orientamos a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Os usuários, durante as consultas, foram orientados sobre a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados tais exames, também foram orientados sobre os direitos de ter acesso

aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, além da importância de realização das consultas.

As palestras foram realizadas semanalmente pelo médico, enfermagem, técnica de enfermagem e ACS; ocorreram em igrejas, escolas, em ações de saúde e durante o processo da consulta. Geralmente ao início das consultas muitos usuários não desejam esperar para escutar as palestras ao final das consultas, pois alguns tinham que ir para trabalhar ou fazer o trabalho da casa.

As palestras tinham como objetivo informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos pelo menos anualmente, necessidade de realização de exames complementares e os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Os usuários participaram de maneira ativa em nossas palestras, eles ajudaram a divulgar a atividade que estava sendo realizada e aumentar o número de usuários assistidos. Foram realizados dois grupos de hipertensos e diabéticos com objetivos informar delas atividades que se estavam realizando em UBS.

Qualificação da Prática Clínica

Foram realizadas nove capacitações, onde foram responsáveis médico e enfermagem, em reuniões semanais onde foram convidados prefeito, secretário de saúde, coordenadora da saúde e integrante do conselho de saúde. Realizávamos as capacitações do pessoal que participa na intervenção, como ACS, enfermeiras, vacinadoras, técnicas de enfermagem, médica. Alguns dos tópicos foram práticas de promoção da saúde, alimentação saudável, atividade física, saúde bucal, verificação da pressão arterial, importância do rastreamento, realizar busca ativa, cadastramento e registro. Foram programados encontros com os ACS e a equipe, para oferecer capacitação para participar no programa e na intervenção, para capacitar sobre tomada de pressão, teste de glicose, ações de promoção e prevenção, como realizar o processo de acolhimento, registro e cadastro dos usuários.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Em relação às dificuldades que enfrentamos nos três meses foram as dúvidas da equipe, sobre as doenças, o cadastramento e registro dos usuários e à avaliação do risco cardiovascular, mas essas dificuldades foram solucionadas com as capacitações realizadas.

Ações previstas que foram cumpridas parcialmente na verdade foram os atrasos que ocorreram deixando de fazer alguns atendimentos na data agendada adiando-os mais ainda, devido alguns acontecimentos, como as fortes chuvas, recesso de carnaval, semana santa e demais feriados, além do mês de férias. Outro problema é que a enfermeira da equipe tinha ficado encarregada do projeto de intervenção durante o período de férias, mas não foi cumprido e não teve registro.

A necessidade de os usuários terem que deslocar-se a outro município para obter medicamentos na farmácia popular, em algumas ocasiões que não tinha a quantidade necessária no município, foi outra dificuldade. Tivemos dificuldade com o equipamento para os testes de glicose, com o aparelho para medir pressão e a balança, que foi informado à coordenação da UBS, sendo solucionado depois. Também tivemos problemas com a impressora da secretaria da saúde, para imprimir as fichas espelho, nossa equipe não está informatizada, a impressora quebrou e ainda não foi solucionado. A falta de especialistas em nossa cidade, como, cardiologista e endócrino, que são importantes para uma avaliação integral é outro problema sério.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Nós não encontramos dificuldades durante a coleta e a sistematização dos dados nem no preenchimento da planilha e no cálculo dos indicadores. A equipe recebeu uma capacitação prévia para manejar e preencher adequadamente. Apenas alguns usuários, durante o atendimento, esqueceram o cartão do SUS e outros não tinham o cartão, os quais foram encaminhados à secretaria de saúde para fazer.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Com a conclusão da nossa intervenção nossa equipe continuará com a mesma rotina não só para o programa HIPERDIA, mas para todos os programas, já que nunca havia realizado uma intervenção; foi uma experiência muito agradável para todos os membros e aprendemos muito.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nosso projeto de intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Wender Rodrigues de Sousa, município de Porto Grande, Amapá. Segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP) a UBS tem na área de abrangência uma população de 4004 habitantes, desse total, 2240 pessoas pertencem ao grupo de 20 anos ou mais, onde a estimativa de usuários hipertensos é 706 pessoas e diabéticos 202 pessoas.

A intervenção teve duração de 12 semanas, ou seja, 3 meses, sendo reduzido o período de um mês do cronograma planejado devido ao período de férias. Mas as ações foram desenvolvidas para alcançar os objetivos do projeto.

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

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

Meta 1.2 Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

No primeiro mês da intervenção apenas 57 (8.1%) hipertensos foram cadastrados e começaram a ser acompanhados. Ao final do segundo mês conseguimos cadastrar e começar o acompanhamento de 113 (16%) usuários hipertensos. E ao concluir a intervenção, no terceiro mês, já tínhamos 259 (36.7%) hipertensos cadastrados e acompanhados. Não foi possível atingir a meta estipulada

no início do projeto (80% de cobertura), mas a cada mês o indicador de cobertura apresentou uma progressão, como podemos observar no gráfico abaixo.

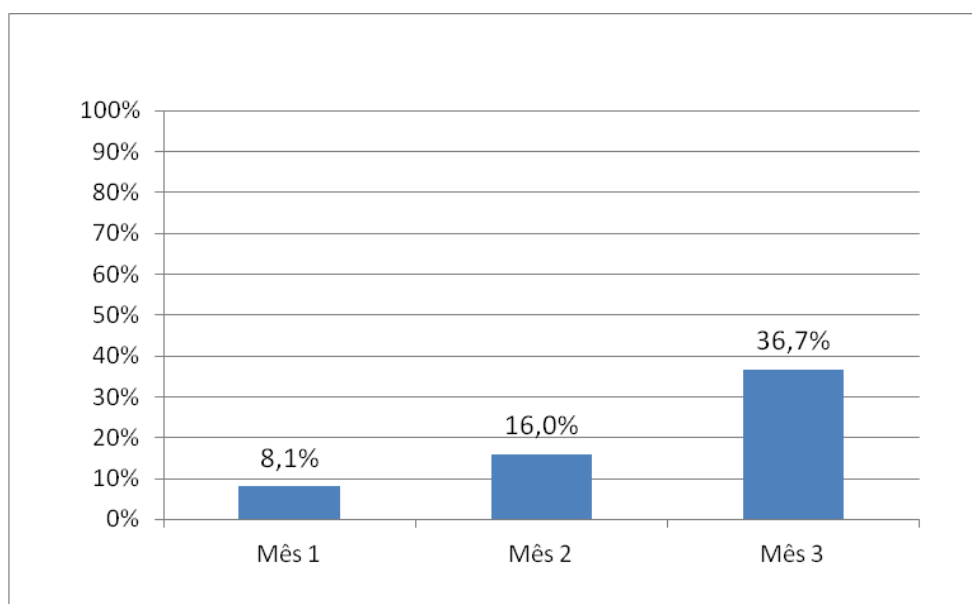


Figura 1. Cobertura do Programa de Atenção aos hipertensos na unidade de saúde

A ação que mais auxiliou foi o cadastro no Programa de Atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos que compareceram a consulta para vacinação, ou que estavam em busca de tratamentos, realizando curativos, nas visitas domiciliares e nas ações de saúde. Também o esclarecimento feito durante as atividades coletivas à comunidade sobre a importância de práticas de alimentação saudável, atividade física regular fatores de risco.

Em relação a atenção à saúde dos usuários diabéticos, alcançamos uma cobertura mais alta. No primeiro mês da intervenção foram cadastrados e acompanhados 29 diabéticos (14,4%). No segundo mês conseguimos cadastrar e começar o acompanhamento de 55 (27,2%). Concluímos o terceiro mês com 124 (61,4) de diabéticos cadastrados e acompanhados. Assim chegamos próximo da meta de 70% de cobertura de diabéticos, tendo uma progressão considerável ao longo dos meses da intervenção, como podemos observar a seguir.

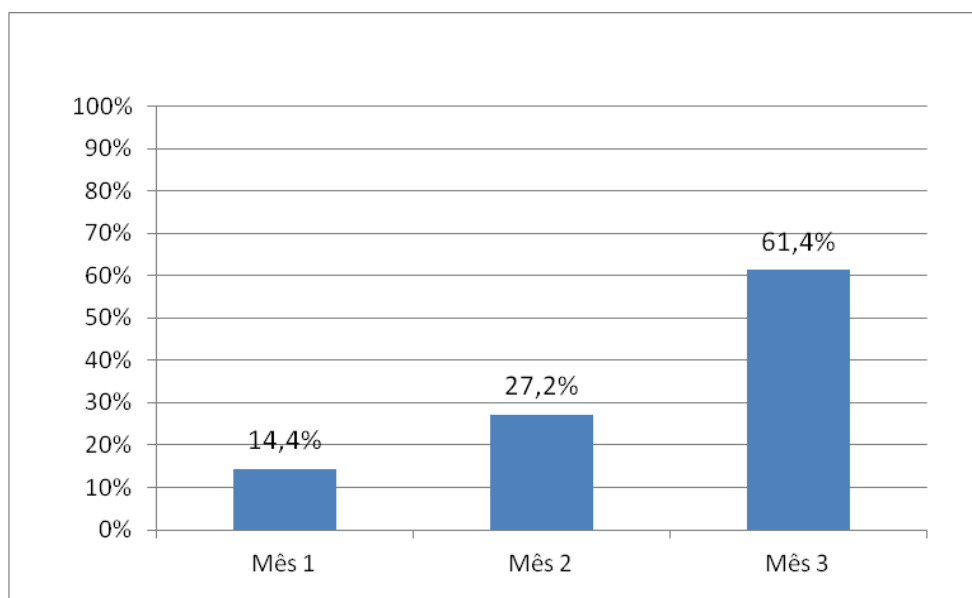


Figura 2. Cobertura do Programa de Atenção aos diabéticos na unidade de saúde

Algumas ações que auxiliaram foram o atendimento todos os dias em duas seções, mediante agendamento de consultas pelos ACS, a busca ativa de usuários diabéticos da área de abrangência, visitas domiciliares tentando incorporar os usuários a nossa UBS e as ações de promoção e prevenção realizadas pela equipe.

Um dos aspectos que nos ajudou muito no cadastramento foi a campanha de vacinação contra a gripe, muitos usuários foram para receber a vacina e aproveitamos para cadastrar os hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

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

As metas não foram alcançadas por muito pouco, sendo mantido quase 100% em todos os meses. Ao iniciar a intervenção, no primeiro mês, permaneceram com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo 53 (93%). Ao final do segundo mês 109 hipertensos estavam com exame clínico apropriado (96,5%) e no terceiro mês 255 hipertensos estavam com exame clínico apropriado (98,5%). Dessa forma, o indicador foi mantido bem alto e sempre em progressão, chegando próximo a 100% ao final da intervenção.

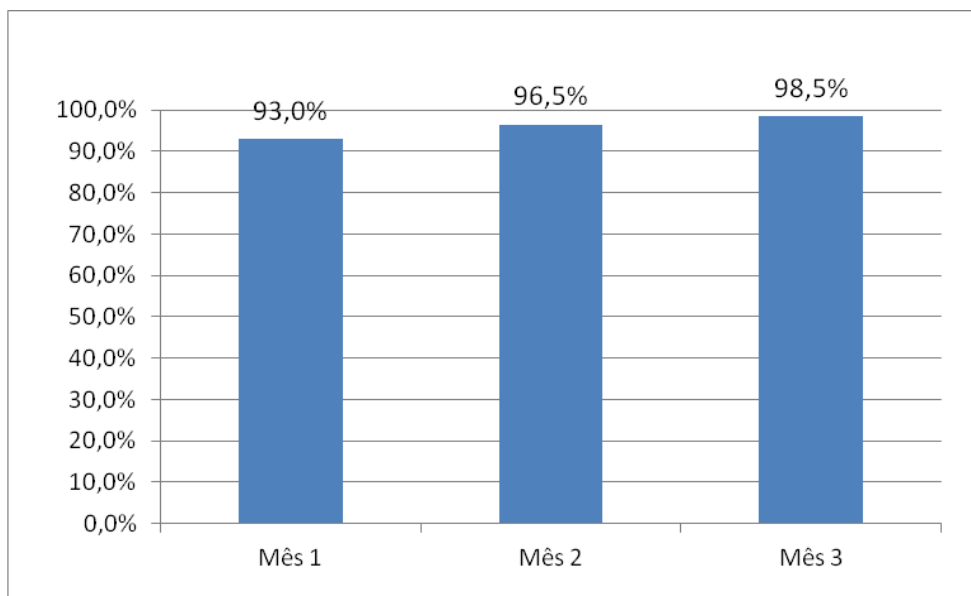


Figura 3. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com protocolo

Com os usuários diabéticos a evolução do acompanhamento clínico foi bem similar. Ao iniciar a intervenção 27 diabéticos estavam com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo (93.1%); no segundo mês 53 (96.4%) estavam com o exame clínico em dias e no final da intervenção 122 diabéticos (98.4%) estavam com exame clínico conforme o protocolo. Dessa forma, percebe-se certa estabilidade no indicador, que manteve-se próximo a 100% e ainda teve uma progressão a cada mês.

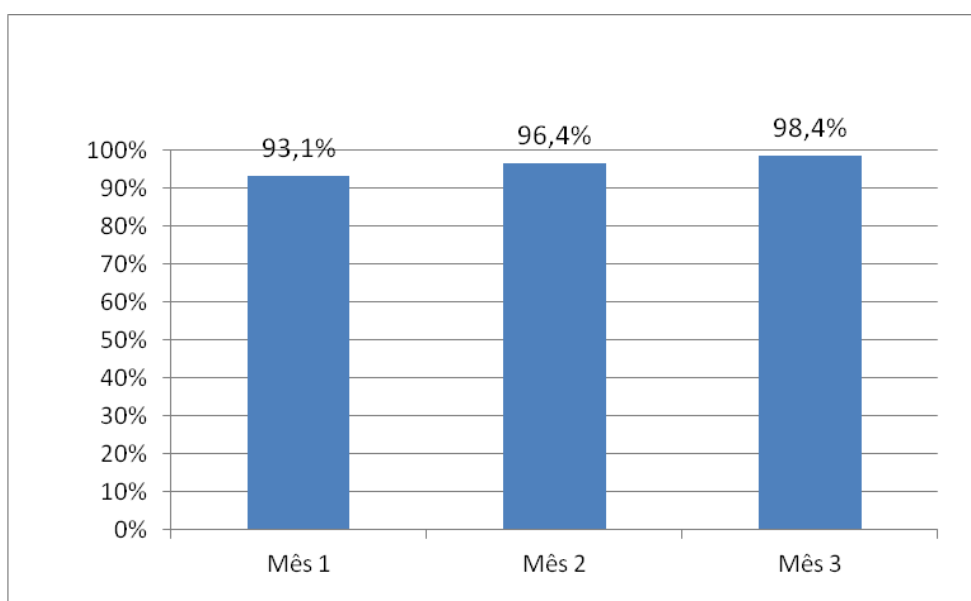


Figura 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com protocolo

A ação que mais auxiliou nessa meta foi a utilização dos protocolos e manual técnico para a realização de exame clínico apropriado dos usuários, com atualização

no tratamento da hipertensão e diabetes, que ocorreram semanalmente na UBS, nas reuniões. Também monitoramos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), garantimos material adequado para a medida da pressão arterial (esfigmomanômetro e manguitos) e glicemia capilar nas consultas e visitas domiciliares.

Nas reuniões da equipe foi capacitada toda equipe com materiais atualizados sobre os protocolos de atendimento. Solicitamos aos gestores a atualização dos protocolos de atenção ao usuário hipertenso e diabético.

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.

A meta dos exames complementares foi mais difícil de ser atingida e não conseguimos terminar a intervenção com ela cumprida totalmente. Ao iniciar a intervenção apenas 40 hipertensos estavam com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo (70.2%); no segundo mês da intervenção conseguimos atingir (76,1%), um total de 86 usuários hipertensos com exame complementar em dia; e no final da intervenção tínhamos 225 (86.9%) com exame complementar em dia.

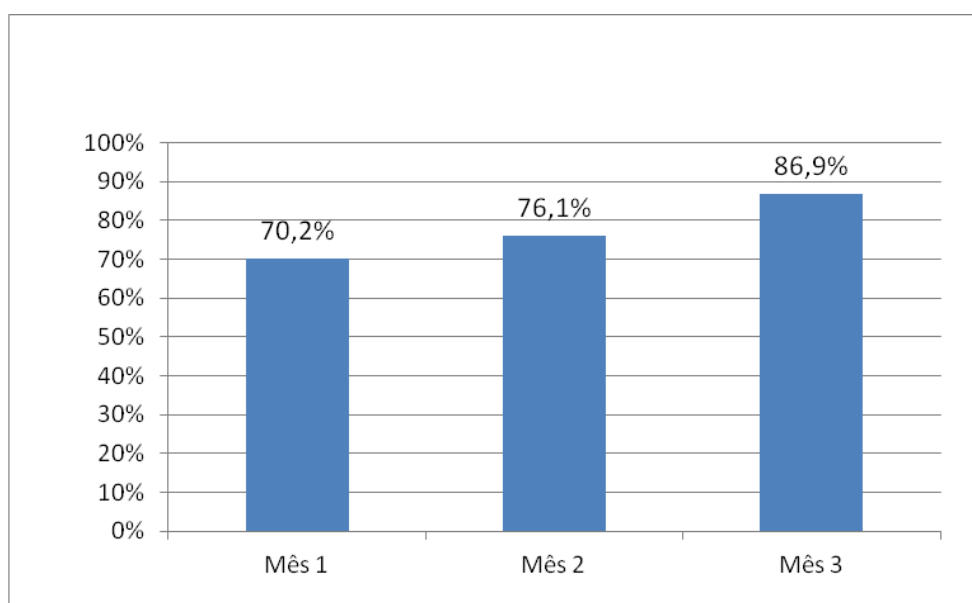


Figura 5. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Ao iniciar a intervenção apenas 21 diabéticos estavam com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo (72.4%). No final do segundo

mês 43 diabéticos estavam com exame complementar em dia (78,2%). E no final da intervenção 111 diabéticos estavam com exame complementar em dia (89,5%).

Algumas das dificuldades que existem no meu serviço como em todas as UBS da minha cidade é que eles não têm laboratórios, existe apenas um laboratório na cidade para seis unidades de saúde que trabalham segunda-feira, terça-feira e quarta-feira para a área urbana e quinta-feira e sexta para área rural. São poucas vagas que ofertam no dia, o usuário tem que marcar muito cedo para alcançar vagas, o que é muito difícil e o laboratório do município não consegue atender toda a demanda, já que vão muitos usuários. Alguns dos usuários começaram a realizar o exame de forma particular para adiantar o resultado. Dessa forma, não foi possível atingir as metas de 100%, mas a cada mês o indicador de cobertura foi subindo.

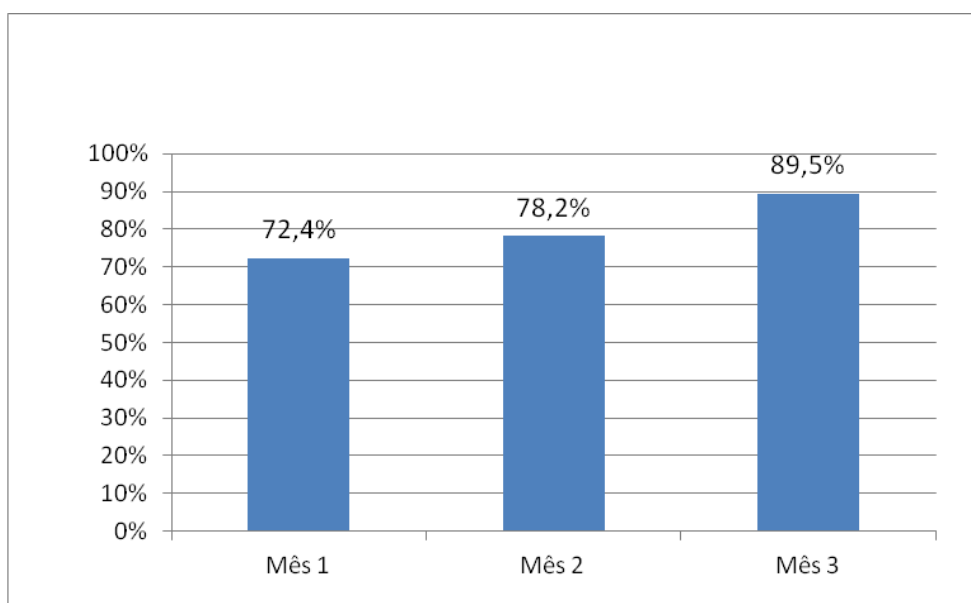


Figura 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

No entanto, algumas ações contribuíram e cumprimos o objetivo, apesar de não alcançar a meta, que foram as reuniões realizadas semanais onde foram convidados o prefeito, o secretário de saúde, a coordenadora da saúde e integrante do conselho de saúde para garantir material adequado no laboratório do município para realização de exames complementares e agilidade na disponibilidade dos exames complementares para os usuários. Assim como a solicitação, nas consultas e visitas domiciliares pelo médico e enfermeira, dos exames.

Foi realizado o monitoramento dos exames realizados pelos usuários, pelos médicos e enfermagem em consultas, visitas domiciliares e ações de saúde os

usuários. Avaliando se os exames complementares tinham alguma alteração, se era necessário algum tratamento ou encaminhamento para especialistas.

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.

Em relação a priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular, conseguimos cumprir totalmente a meta para os usuários diabéticos e quase conseguimos para os hipertensos.

No primeiro mês da intervenção 55 hipertensos utilizavam medicamentos da farmácia popular (96.5%). Ao final do segundo mês 112 hipertensos estavam utilizando medicamentos da farmácia popular. No final da intervenção 258 hipertensos (99.6%) estavam fazendo uso de medicamentos da farmácia popular. Foi perceptível que quase atingimos 100%, como era a meta, ficando apenas um usuário sem uso de medicamentos da farmácia popular, usando este, medicamento de manipulação.

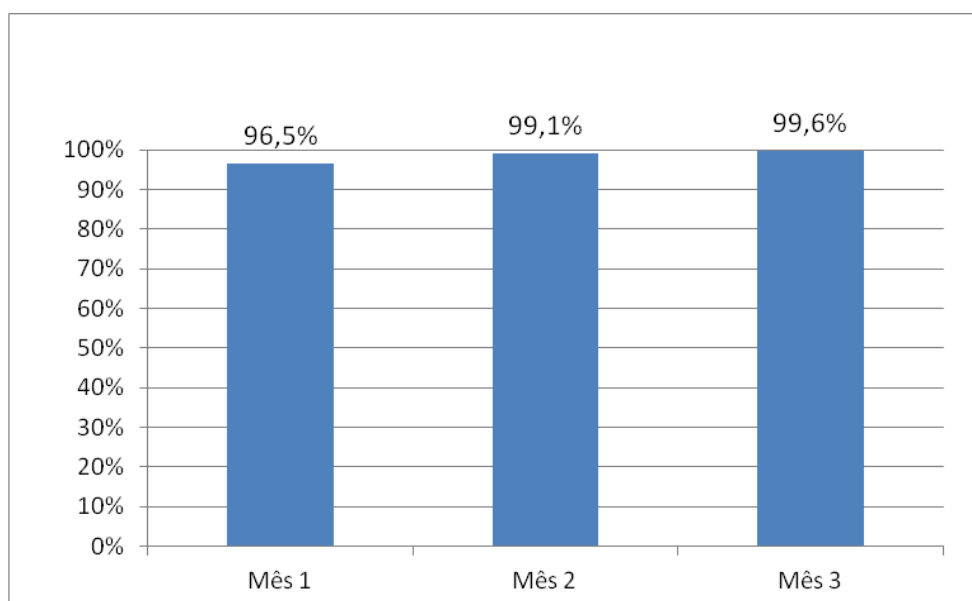


Figura 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

Com os usuários diabéticos, conseguimos cumprir a meta. Durante os três meses da intervenção, todos os usuários acompanhados no Programa de atenção à saúde dos diabéticos, permaneceram fazendo uso de medicamentos da farmácia popular, ou seja, 100% dos usuários.

A ação que mais auxiliou foram as palestras realizadas em igrejas, escolas, em ações de saúde e durante o processo da consulta, geralmente ao início das consultas com objetivos de informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, frisando os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. A farmacêutica manteve mensalmente um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Também foi realizado o monitoramento e informação pelos médicos e enfermagem em consultas, ACS em visitas domiciliares e ações de saúde sobre o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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.

Nas quatro primeiras semanas da intervenção apenas 30 hipertensos tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico (52,6%) e no segundo mês 82 hipertensos (72,6%) foram avaliados. No final da intervenção conseguimos que 228 hipertensos tivessem avaliação da necessidade odontológica (88 %).

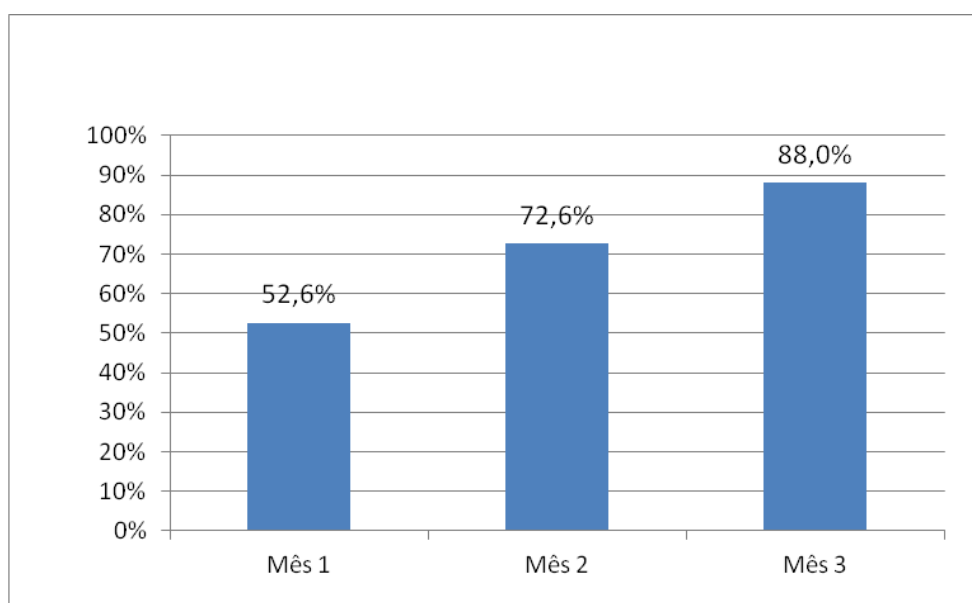


Figura 9. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Ao final das quatro primeiras semanas de intervenção apenas 17 diabéticos tinham avaliação da necessidade de atendimento odontológico (58,6%). No segundo

mês da intervenção conseguimos que 42 (76,4%) diabéticos tivessem avaliação odontológica realizada. No final da intervenção 111 diabéticos (89,5%) foram avaliados para necessidade odontológica.

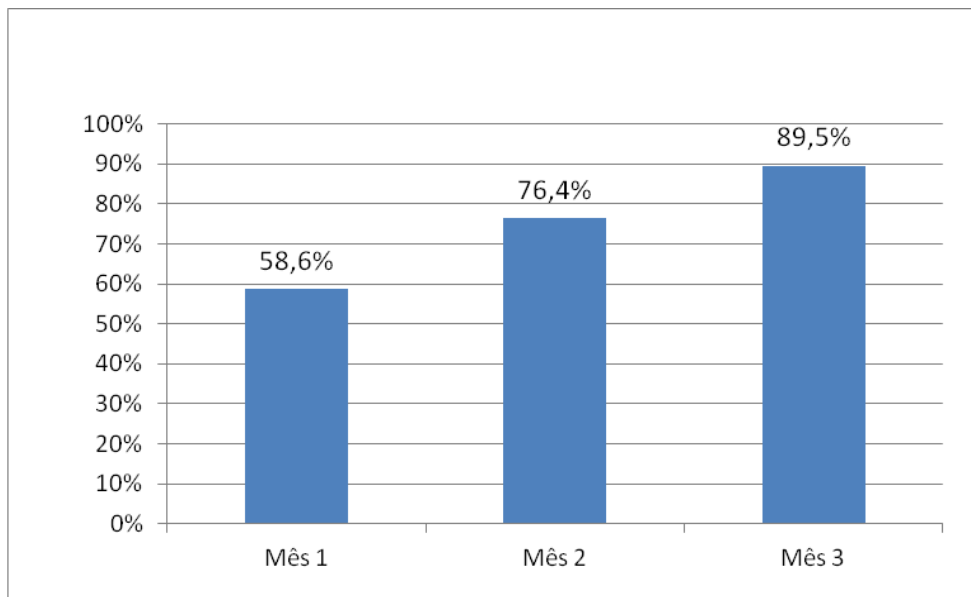


Figura 10. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

A UBS não tinha odontólogo, os usuários faziam consultas particulares. Foram realizadas reuniões semanais onde foram convidados prefeito, secretário de saúde, coordenadora da saúde e integrante do conselho de saúde para garantir um odontólogo para nosso posto de saúde. Realizamos capacitação da equipe sobre necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos uma vez ao mês. Foi contratada uma dentista antes de terminar a intervenção.

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

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

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

Ao iniciar a intervenção apenas 11 hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada para (84,6%). No segundo mês conseguimos alcançar (100%) os hipertensos faltosos as consultas com busca ativa. No final a intervenção 33 para (89,2%). Foi realizada busca ativa

para o pacientes com consultas em atraso 33 hipertensos . Não foi possível atingir metas dos indicadores de 100%, dos hipertensos, cada mês o indicador de cobertura foi subindo.

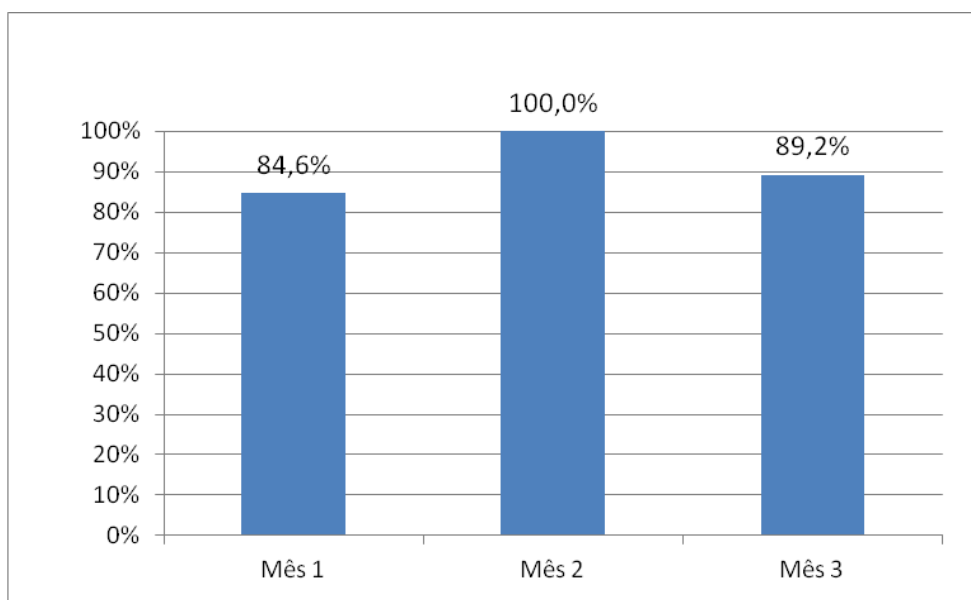


Figura 11. Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

Ao iniciar a intervenção apenas 4 faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada para (80%). No segundo mês conseguimos alcançar (100%) os diabéticos faltosos as consultas com busca ativa. No final a intervenção 14 para (93.3%). Foi realizada busca ativa para o pacientes com consultas em atraso 14 diabéticos . Não foi possível atingir metas dos indicadores de 100%, dos hipertensos, mas cada mês o indicador de cobertura foi subindo.

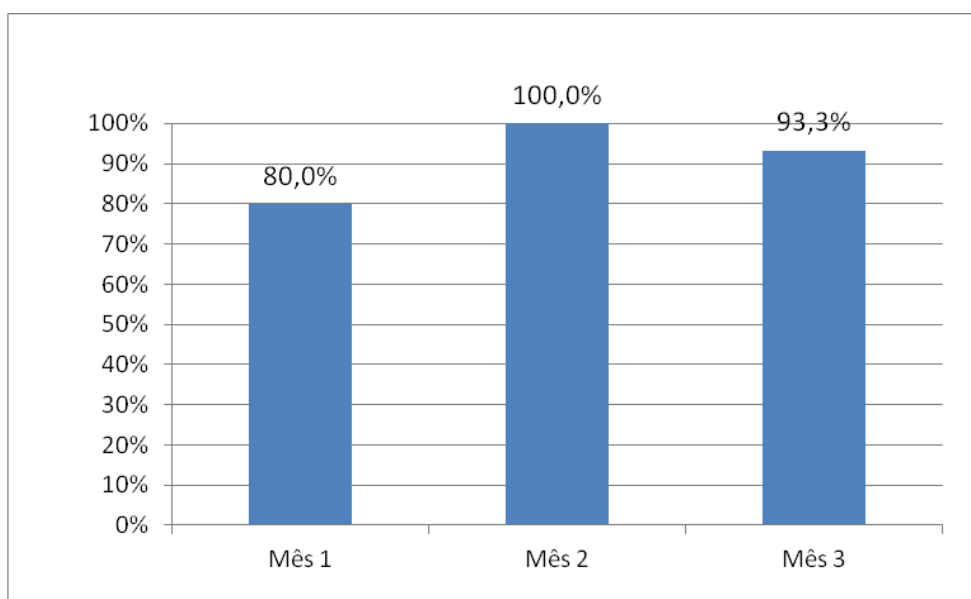


Figura 12. Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

As ações que contribuíram neste indicador foram as visitas domiciliares para busca de hipertensos e diabéticos. Na análise da periodicidade das consultas conhecemos os usuários faltosos às mesmas, programamos as visitas domiciliares todos os dias, que foram feitas pelos ACS acompanhados por médico, enfermeira ou técnicos de enfermagem de forma alternada, onde foi explicada a importância do acompanhamento das doenças crônicas. As dificuldades que tivemos nos 3 meses que levou a não conseguirmos atingir as metas foram a ausência da enfermeira por problemas familiares e férias de dois ACS.

Nas reuniões capacitamos toda a equipe com materiais atualizados sobre os protocolos de atendimento, assim como a capacitação específica dos agentes de saúde para a orientação nas visitas domiciliares aos usuários, enfocando sobre as consultas de baixo risco que deveriam realizar pelo menos duas consultas médicas e duas consultas de enfermagem ao ano e os de alto riscos três consultas médicas e duas de enfermagem ao ano.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

Ao iniciar a intervenção apenas 54 hipertensos estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento para (94.7%). No segundo mês 110 hipertensos para (97,3%). No final a intervenção 256 para (98.8%). Não foi possível atingir metas dos indicadores de 100%, dos hipertensos mas cada mês o indicador de cobertura foi subindo.

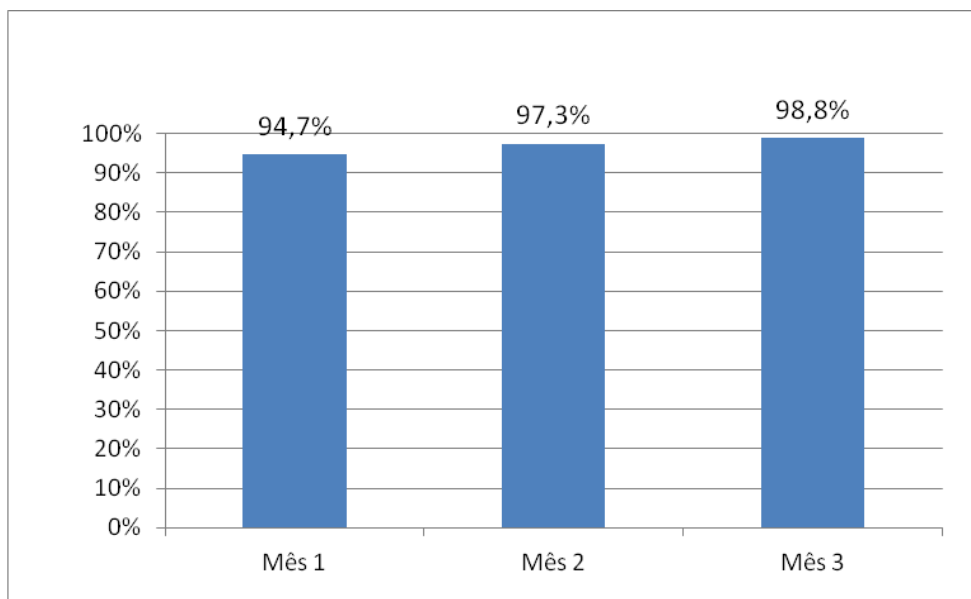


Figura 13. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Ao iniciar a intervenção apenas 27 diabéticos estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento para (93.1%). No segundo mês 53 diabéticos para (96.4%). No final da intervenção 122 para (98.4%). Não foi possível atingir metas dos indicadores de 100%, dos diabéticos, mas cada mês o indicador de cobertura foi subindo.

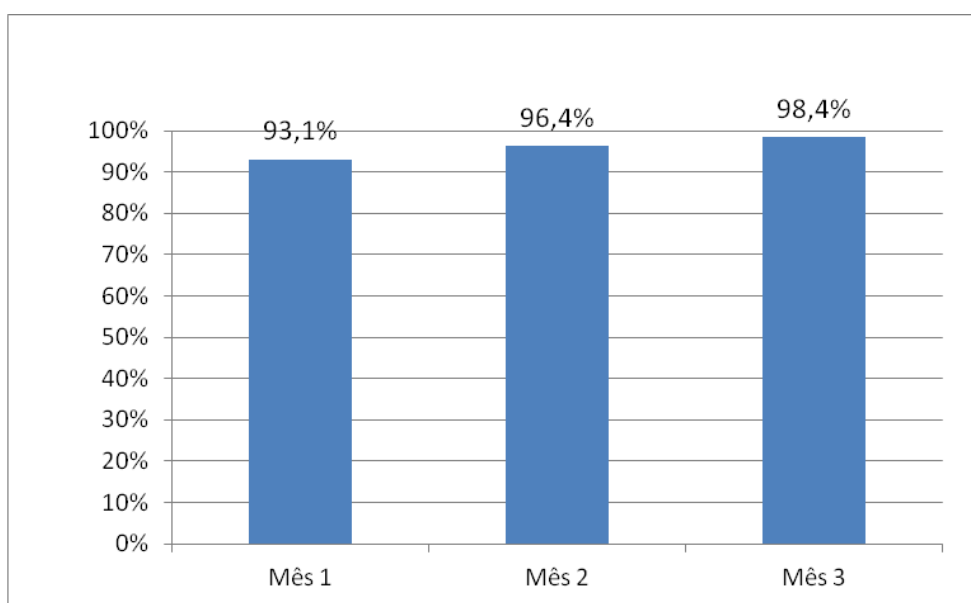


Figura 14. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

As ações que ajudaram a melhorar este indicador foram a enfermeira fazer atualização dos dados do SIAB semanalmente, o médico criar uma ficha de acompanhamento com os dados de mais importância, como nome, idade, sexo,

tratamento e endereço. Durante o processo da consulta, conversas, palestras, oferecidas aos usuários sobre os direitos que tem os usuários de ter acesso a seus registros.

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

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

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

Foi possível realizar a estratificação de risco a 100% dos hipertensos durante os três meses da intervenção, sendo cumprida a meta.

O que contribuiu para alcançar a meta foi a pesquisa ativa de toda equipe de sinais de alerta para os usuários hipertensos, também o monitoramento durante o processo da consulta com avaliação integral e visitas domiciliares. Mediante a revisão dos prontuários clínicos dos usuários ou durante os interrogatórios nas visitas domiciliares as consultas médicas, estabelecendo prioridades para agendamento de consultas aos usuários com maior risco.

Ao iniciar a intervenção apenas 28 diabéticos com estratificação de risco cardiovascular para (96.6%). No segundo mês 54 diabéticos para (98.2%). No final da intervenção 123 para (99.2%). Não foi possível atingir metas dos indicadores de 100%, dos hipertensos, mas a cada mês o indicador de cobertura foi subindo

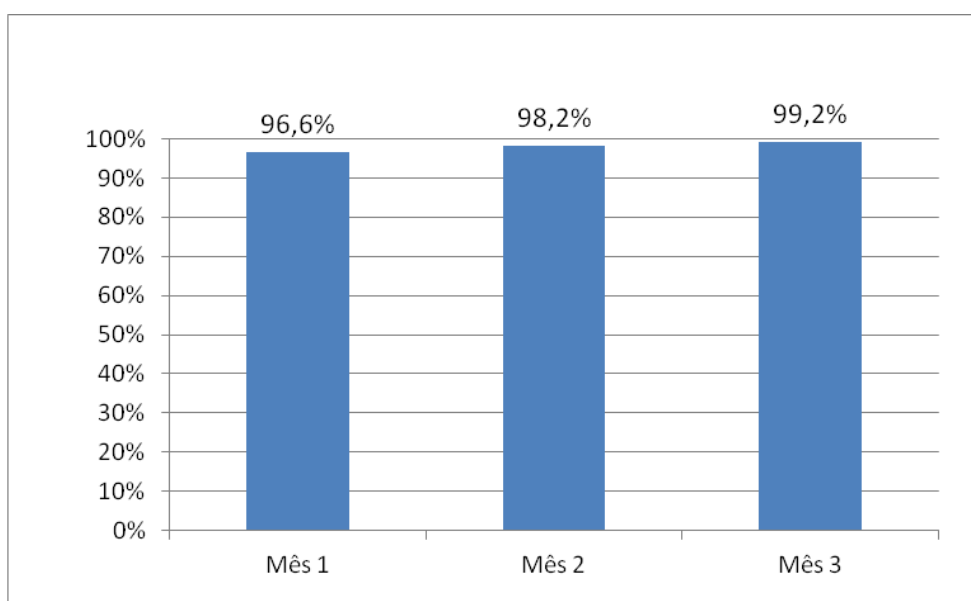


Figura 15. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Com o acompanhamento dos diabéticos não foi possível atingir 100%, mas chegamos bem próximo. Sendo mantida por toda equipe a pesquisa ativa de sinais de alerta para os usuários diabéticos, monitoramento durante o processo da consulta com avaliação integral e visitas domiciliares. Orientando a comunidade mediante consulta, conversas, palestras, sobre os fatores de risco modificáveis e também nas visitas domiciliares.

A estratificação de risco foi realizada segundo o escore de Framingham e/ou de lesões em órgãos alvo dos pés.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

Todos os hipertensos e diabéticos acompanhados durante a intervenção receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal, durante os três meses de intervenção, ou seja, alcançamos as metas relacionadas ao objetivo 6

em 100%. As orientações foram realizadas nas consultas médicas e de enfermagem.

Foi realizado encaminhamento ao nutricionista para os hipertensos e diabéticos com sobrepeso e obesos.

Também foram realizadas palestras em igrejas, escolas, em ações de saúde e durante o processo da consulta, geralmente ao início das consultas. Foram esclarecidos os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Foram realizados encontros com professores de educação física em coordenação com a secretaria de saúde, com objetivo dos usuários hipertensos e diabéticos receberem maior informação sobre os benefícios dos exercícios físicos e realizar atividades físicas supervisionadas pelos professores. Assim mesmo serão coordenados os encontros com nutricionistas

Foi discutido nas reuniões da equipe com o gestor sobre a necessidade de sua colaboração e ajuda na compra de medicamentos para o tratamento do Tabagismo.

Foram realizadas palestras e murais informativos sobre a importância da higiene bucal, além de capacitação da equipe para o desenvolvimento das atividades de promoção e prevenção de saúde bucal.

4.2 Discussão

A intervenção realizada em minha UBS melhorou a atenção aos usuários com hipertensão arterial e diabetes na UBS Wender Rodrigues de Sousa, município Porto Grande, Estado Amapá, propiciou também entre muitas coisas, ampliar a cobertura, a qual teve uma progressão considerável, pois a cada mês o indicador de cobertura foi subindo e os indicadores de qualidade foram quase sempre 100% em todos os meses de intervenção, exemplo de promoção da saúde de hipertensos e diabéticos, melhorando a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

Entre as atividades realizadas, promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, dos ACS e da recepção. Foram valorizados os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito.

Em linhas gerais como atribuições de cada um dos integrantes da equipe foram realizadas: visitas domiciliares para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para os hipertensos e diabéticos como para seus familiares, orientando-os sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal. Fornecemos medicação mediante receita, assim como os medicamentos padronizados para o programa de HIPERDIA; desenvolvemos atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera). Solicitamos exames complementares de acordo com o protocolo de Hipertensão Arterial e Diabetes. Alimentamos e analisamos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) - e outros para planejar, programar e avaliar as ações relativas à saúde da pessoa hipertensas e diabéticas. Acolhemos os usuários de forma humanizada, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito. Realizamos assistência domiciliar, quando necessário.

Depois da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes já não eram concentradas só na médica, foi possível vincular também a outros serviços da unidade, como vacinação, laboratório, farmácias, recepção, gestão e integrante do conselho de saúde, também melhorou relacionamento interpessoal, a união da equipe foi muito boa, todos ajudaram muito para melhorar os indicadores de todos esses serviços, para melhorar a assistência aos usuários, não só para o programa de atenção à saúde do hipertenso e diabético, mas também em outros focos de atenção.

Foi muito importante a intervenção porque foi um impacto na comunidade, era algo novo que fizemos na unidade. Alcançamos mudanças significativas na saúde das pessoas, como em sua dieta, higiene bucal e na prática de exercícios físicos. O impacto da intervenção também foi percebido pela comunidade devido à divulgação feita nas atividades coletivas e o apoio das escolas, liderança da comunidade e igrejas. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento.

Acreditamos que a intervenção teria sido mais facilmente executada se tivéssemos tido mais ajuda da prefeitura e secretaria de saúde, com mais recursos, como medicamentos, contratação de especialistas, cadeiras para os usuários não ficarem muito tempo em pé aguardando sua vez para consulta. Investiríamos em mais atividades participativas, como caminhadas, jogos entre usuários e membros

da unidade, para favorecer a interação. Também faltou uma maior articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de programar isso.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço, para isso, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização dos usuários que ainda não tem em dia os exames complementares em especial os de maior risco. Além disso, realizaremos a cada mês as atividades coletivas em uma data certa, que será divulgada a comunidade.

Notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabou prejudicando a coleta de indicadores. Vamos adequar a ficha espelho dos usuários para realizar uma melhor coleta e monitoramento de todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto.

Desde já pretendemos investir na busca ativa daqueles usuários que ainda não tem o exame complementar em dia, pretendemos investir na ampliação da cobertura dos hipertensos e diabéticos. Com a conclusão da intervenção a equipe continuará com a mesma rotina não só para o programa HIPERDIA, mas para todos os programas, já que nunca tinha feito uma intervenção.

5 Relatório da intervenção para gestores

Meu nome é Rosanna San Miguel Barallobre, medica graduada na Universidade Mariana Grajales, Holguín, Cuba, vim para o Brasil no mês de março do 2014 e atualmente trabalho no Programa Mais Médicos para o BRASIL (PMMB) na Unidade Básica de Saúde Wender Rodrigues de Sousa.

A UBS tem na área de abrangência uma população de 4004 habitantes, desse total, 2240 pessoas pertencem ao grupo de 20 anos ou mais, onde a estimativa de usuários hipertensos é 706 pessoas e diabéticos 202.

Os resultados obtidos durante a intervenção foram muito alentadores e positivos, tivemos grande avance em ambos rastreamentos. Durante os três meses da intervenção foram atendidos 293 usuários deles, 259 usuários hipertensos e 124 diabéticos. A intervenção foi direcionada a melhorar a atenção à hipertensão arterial e sistêmica diabetes mellitus na Unidade.

Nós executamos várias ações dentro de três meses, como:

- Monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Capacitação a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável
- Registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.
- Acolhimento para os usuários portadores de hipertensão e diabetes.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente
- Capacitação a equipe da unidade de saúde para acompanhamento adequado dos usuários, segundo protocolo do Ministério da Saúde; para avaliação da

necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento.

- Capacitação dos ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade
- Atividades educativas sobre riscos do tabagismo, higiene bucal, orientação nutricional e prática de atividade física regular aos hipertensos e diabéticos
- Monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos; de exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo; do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Definição das atribuições de cada membro da equipe no projeto
- Manutenção das informações do SIAB atualizadas.
- Implantação da ficha espelho de acompanhamento

É importante enfatizar que esta intervenção melhorou o estado de saúde da comunidade e, especificamente, dos usuários com estas doenças, hipertensão e diabetes mellitus, em vários aspectos.

Com a intervenção conquistamos uma cobertura de 36.7% hipertensos e 61.4% diabéticos. Foi alcançado 98.5% dos hipertensos e 98.4% de diabéticos com exame clínico em dia, se alcançou 86.9 % de hipertensos e 89.5 % de diabéticos com exame complementares em dia de acordo protocolo, também se alcançou 99.6% de hipertensos e 100% de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. Foi alcançado 88% de hipertensos e 89.5% de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológicos e isso foi uma das conquistas da nossa intervenção, porque quando começamos não tínhamos odontólogos. Foi alcançado 89.2% de hipertensos e 93.3% de diabéticos faltosos as consultas com busca ativas, 98.8% hipertensos e 98.4% de diabéticos está com registro adequados na ficha de acompanhamentos. Foi alcançado 100% de hipertensos e 99.2% diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínicos em dia, foi alcançado 100% de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática de atividades físicas regular, risco do tabagismo e sobre higiene bucal. Dessa forma, o objetivo de ampliar a cobertura teve progressão, pois a cada mês o indicador de cobertura foi subindo e os indicadores de qualidade foram quase sempre 100%.

Outro avanço muito importante com a intervenção foi que na unidade agora temos o cadastro atualizado de todas os usuários com hipertensão e diabetes, foi implantada a ficha espelho onde temos coletadas a informações de cada usuário com seu seguimento e a data de seu retorno, dados que antes da intervenção não tínhamos organizados como agora, organização das visitas domiciliares para a busca ativa de usuários faltosos assim como conseguimos uma maior preparação de toda a equipe. Com a reorganização do serviço e a realização das consultas agendas e exames, estamos realizando a prevenção dessas doenças graves.

A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas através do trabalho unido da equipe e a conscientização dos usuários. Também tivemos uma maior qualificação da equipe mediante as capacitações realizadas para estes rastreamentos e a organização das visitas domiciliares para busca ativa.

A gestão também apoiou as atividades de promoção, como palestras, ajudou a configurar a agenda de acolhimento dos usuários na demanda espontânea, facilitando assim o processo de trabalho, apoiaram nossa intervenção facilitando os recursos materiais para a realização dos registros e ficha espelho

Você pode contribuir viabilizem outras especialidades necessárias na avaliação de hipertensos e diabéticos, como endócrinos, oftalmologista, cardiologista, nutricionistas, fisioterapeutas e neurologistas.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Nosso projeto de intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Wender Rodrigues de Sousa, município de Porto Grande, Amapá. A UBS tem na área de abrangência uma população de 4004 habitantes, desse total, 2240 pessoas pertencem ao grupo de 20 anos ou mais, onde a estimativa de usuários hipertensos é 706 pessoas e diabéticos 202.

A intervenção teve duração de 12 semanas, ou seja, 3 meses. As ações foram desenvolvidas para melhorar a qualidade do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. Durante os três meses da intervenção foram atendidos 293 usuários; deles, 259 usuários hipertensos e 124 diabéticos.

Ações que foram importantes para a comunidade foram o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, capacitação da equipe da unidade de saúde, atividades educativas, monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos; de exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo; do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

As ações desenvolvidas como acolhimentos dos usuários com hipertensão e diabetes, foram acolhidos pela recepcionista e posteriormente as técnicas de enfermagem realizando tiragem, usuários entraram de acordo com prioridade.

Com a intervenção ampliamos a cobertura de hipertensos e diabéticos agora cadastrados e acompanhados pela unidade, aumentamos a qualidade dos exames clínicos em dia e exame complementares, presamos para ampliar as prescrições de medicamentos da Farmácia Popular para os usuários em acompanhamento. Foi realizada a avaliação da necessidade de atendimento odontológicos e isso foi uma das conquistas da nossa intervenção, porque quando começamos não tínhamos

odontólogos. Foi realizada a busca ativa de faltosos as consultas com busca. Foi feita a estratificação de risco cardiovascular. E foram realizadas atividades educativas e orientações individuais sobre alimentação saudável, prática de atividades físicas regular, risco do tabagismo e sobre higiene bucal.

Outro avanço muito importante com a intervenção foi que na unidade agora temos o cadastro atualizado de todos os usuários com hipertensão e diabetes, assim como conseguimos uma maior preparação de toda a equipe. Com a reorganização do serviço e a realização das consultas agendas e exames estamos realizando a prevenção dessas doenças graves

Precisamos o apoio de toda a comunidade para que as melhorias continuem em nosso serviço e poder oferecer cada dia atenção de qualidade a toda a população. Pretendemos a cada mês realizar atividades educativas coletivas e vamos dar continuidade ao trabalho de conscientização da comunidade para que cada vez mais possam apoiar as ações da equipe.

Precisamos pedir ajuda da comunidade que de maneira voluntária estejam dispostas a participar na busca de usuários, na divulgação das atividades de promoção e orientação na UBS, colaboração com a equipe na divulgação do programa, nas ações de promoção e prevenção será necessário um espaço de participação popular que permitam o intercambio da comunidade com UBS.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No início do curso foi muito difícil, eu tive muitas expectativas já que universidade a distância foi uma coisa nova para mim o qual foi um desafio já que não tinha muito conhecimento em informática e idioma português. Em Cuba, e aqui nós recebemos um curso de Português que foi posto em prática com o interatuar com a população brasileira.

Durante o curso, tivemos vários problemas, os quais repercutiram em meu desempenho: férias, dias de chuva, problemas familiares com minha enfermeira, não obstante conseguimos avançar todas as atividades e tarefas.

Minha aprendizagem tem sido ativa com as tarefas todas as semanas, as práticas clínicas, pesquisa por internet, participação no fórum, teste de qualificação, diálogos orientadores, os quais foram muito importantes porque adquiri novos conhecimentos sobre os protocolos brasileiros, e para fazer um projeto de intervenção com boa qualidade.

Eu aprendi muito a trabalhar com o computador, foi muito bom já que tive que aprender algumas coisas que ainda não conhecia para trabalhar com ele, o que melhorou a comunicação com idioma e a escrita.

Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. n.37** Brasília: Ministério da Saúde 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa; Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)

Apêndice



Foto 1. Equipe



Foto 2. Equipe



Foto 3. Agentes Comunitárias de Saúde

Anexo

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

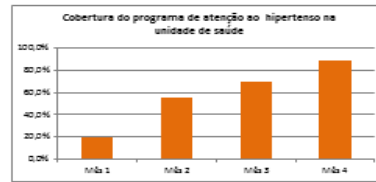
Prezada Pesquisadora;

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

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

INDICADORES

		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	19,8%	55,2%	69,7%	88,6%
	Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência na UBS	85	237	299	380
	Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde	429	429	429	429



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	27,4%	80,2%	99,1%	100,0%
	Numerador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência na UBS	29	85	105	106
	Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde	106	106	106	106



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.1	Preparação de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	85	237	299	380
	Denominador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência na UBS	85	237	299	380



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.2	Preparação de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	29	85	105	106
	Denominador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência na UBS	29	85	105	106



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.3	Preparação de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de hipertensos com exames complementares periódicos em dia	85	237	299	380
	Denominador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência na UBS	85	237	299	380



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.4	Preparação de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de diabéticos com exames complementares periódicos em dia	29	85	105	106
	Denominador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência na UBS	29	85	105	106



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