

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes mellitus na UBS Jardim Paraíso, Santana-AP**

Euberto Campos Rojas

Pelotas, 2015

Euberto Campos Rojas

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes mellitus na UBS Jardim Paraíso, Santana-AP**

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

Orientador: Pablo Viana Stolz

Pelotas, 2015

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

R741m Rojas, Euberto Campos

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Jardim Paraíso, Santana-AP / Euberto Campos Rojas; Pablo Viana Stolz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

89 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica
4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Stolz, Pablo Viana, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Agradecimentos

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

Resumo

ROJAS, Euberto Campos. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na UBS Jardim Paraíso, Santana-AP.** 2015. 89 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), associando-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvos doenças que mais acomete a população e é um problema de saúde pública. O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica caracterizada pela alta taxa de glicose no sangue, ocorrendo pela ausência ou deficiência da excreção de insulina. Diante do exposto e da elevada morbimortalidade por DM e HAS presente na nossa área de abrangência, decidimos realizar a nossa intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM, contribuindo para melhorar a qualidade de vida deles, promovendo o cadastramento e ações específicas para os usuários pertencentes à área de abrangência, mediante ações de assistência, promoção e prevenção destas doenças e das suas complicações. O trabalho apresentado trata de uma intervenção realizada entre os meses de abril a junho de 2015, na Unidade Básica de Saúde Jardim Paraíso, do município de Santana do estado do Amapá. Antes da intervenção a UBS não contava com registros de nenhuma das ações programáticas, e por se encontrar em reforma, estávamos trabalhando em um local adaptado sem condições estruturais adequadas. Assim iniciamos o levantamento dos dados mediante o monitoramento constante dos usuários, com o rigoroso preenchimento dos prontuários e planilha de coleta de dados disponibilizados pela Especialização. Além disto, utilizamos os cadernos de atenção básica nº 36 (Diabetes mellitus) e nº 37 (Hipertensão Arterial Sistêmica) para qualificar nossa assistência. No transcurso da intervenção foi possível cadastrar 201 usuários hipertensos (26,7%) e 95 usuários diabéticos (36,4%). Além disto, conseguimos realizar os exames clínicos em dia para 84,1% dos hipertensos e 78,9% e a estratificação do risco cardiovascular para 97,5% nos hipertensos e 97,9% para os diabéticos. Ofertamos também a indicação de exames laboratoriais para 134 hipertensos (66,7%) e 69 diabéticos (72,6%) e todos os usuários cadastrados tiveram a prescrição de medicamentos na farmácia popular, receberam ações de promoção em saúde através de orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e importância da higiene bucal. Com isto conseguimos estabelecer todas estas ações na rotina diária no serviço da UBS, melhorando a atenção à saúde dos usuários hipertensos e /ou diabéticos progressivamente. A equipe está muito mais envolvida com todas as ações realizadas, propiciando um vínculo maior com a comunidade e a incorporação destas ações à rotina do serviço.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde dos usuários hipertensos na equipe.	63
Figura 2	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde dos usuários diabéticos na equipe.	63
Figura 3	Gráfico indicativo da proporção dos hipertensos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na equipe.	64
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção dos diabéticos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na equipe	65
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	65
Figura 6	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	66
Figura 7	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular /Hiperdia priorizada.	67
Figura 8	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	68
Figura 9	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	69
Figura 10	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa.	69
Figura 11	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	70
Figura 12	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	71
Figura 13	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.	72
Figura 14	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.	72

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
AP	Amapá
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Educação à Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PCCU	Preventivo do câncer de colo de útero
UBS	Unidade Básica de saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	17
2 Análise Estratégica	19
2.1. Justificativa.....	19
2.2 Objetivos e metas.....	20
2.2.1 Objetivo geral.....	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas	20
2.3 Metodologia.....	22
2.3.1 Detalhamento das ações	23
Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.	23
2.3.2 Indicadores	50
2.3.3. Logística.....	54
2.3.4 Cronograma	57
3 Relatório da Intervenção.....	59
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	59
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	60
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	61
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	61
4 Avaliação da intervenção.....	62
4.1 Resultados	62
4.2 Discussão.....	74
5 Relatório da intervenção para gestores	77
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	79
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	81
Referências	83
Anexos	84

Apresentação

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

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

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

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A situação da Equipe Saúde da Família/ Atenção Primária de Saúde (ESF/APS) na UBS Jardim Paraíso, município de Santana onde presto serviço é a seguinte: Nossa equipe está composta por uma Enfermeira, um técnico de enfermagem, nove agentes de saúde comunitária e eu como médico. Estruturalmente posso falar que é um local emprestado e adaptado até que se conclua a construção da nova UBS. Segundo informações, a mesma será entregue no final deste ano. Somente temos dois consultórios para dividir entre médicos e enfermeiro. Por este motivo, somente podemos realizar as consultas duas vezes na semana, já que somos mais ou menos dez profissionais para os dois locais. Não temos sala de enfermagem, somente um pequeno local onde as enfermeiras antigamente realizavam o exame preventivo citopatológico de colo do útero (PCCU), mas que agora não é feito há muito tempo por não ter mesa ginecológica, luvas estéreis nem espéculos.

Possuímos sala para vacina, sala de espera e um espaço grande que está compartilhado com a recepção e não tem climatização. Também temos um local pequeno para fazer a triagem, dispomos de uma farmácia compartilhada com a sala da diretora da UBS, uma pequena sala para o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), temos uma cozinha e banheiros para os usuários. No entanto, o Odontólogo e o técnico de nossa UBS têm que prestar seu atendimento em outra UBS, já que não temos sala de dentista nem cadeiras odontológicas em nossa UBS. De maneira geral, tudo fica organizado e limpo, mas acredito que a nova UBS, está sendo construída com muita qualidade e vai ser muito confortável para os usuários e também para os trabalhadores.

Com relação ao processo de trabalho com a comunidade, segunda-feira de manhã é atenção aos usuários com patologias crônicas não transmissíveis e saúde mental e a tarde é o atendimento a grávidas e puérperas. Na terça-feira de manhã realizamos o atendimento e acompanhamento dos usuários doentes com hipertensão e diabetes nas suas residências e pela tarde está organizado para atender os usuários com doenças contagiosas e de transmissão sexual, onde realizamos o acompanhamento principalmente de usuários com hanseníases, tuberculoses e com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Na quarta-feira realizamos ações de saúde na comunidade com toda a equipe, onde além do atendimento individual, se realizam atividades educativas, orientações em grupos de risco e palestras sobre temas de saúde importantes como a nutrição, importância do aleitamento materno, doenças sexualmente transmissíveis e fatores de risco para adquirir doenças crônicas.

Na quinta-feira pela manhã, realizamos as visitas domiciliares para os usuários acamados e a tarde fazemos consultas para pediatria e geral. Na UBS tem médico pediatra, não temos ginecologista, temos o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e se trabalha em equipe. No entanto temos problemas com a rapidez com que o NASF faz os atendimentos das pessoas com necessidade, já que às vezes elas têm que ser encaminhadas até quatro vezes para ter um atendimento efetivo. Também temos problemas com o abastecimento de medicação para as doenças crônicas não transmissíveis e com os medicamentos para tuberculose pulmonar e hanseníase. Apresentamos também, falta de material para curativos. O principal problema de saúde em minha comunidade são as doenças crônicas não transmissíveis, pois apresentamos muita prevalência de hipertensão e diabetes e temos alguns casos em tratamento por tuberculoses pulmonar e hanseníases. Para estes usuários com estas doenças realizamos um cronograma de visitas domiciliares para fazer o controle de foco e para determinar possíveis contatos e atuar com eles.

Fazemos reunião da equipe toda quinta à tarde para discussão dos casos interessantes e para a programação para a próxima semana de trabalho. Até agora o idioma não tem constituído uma barreira para o bom desenvolvimento das atividades de saúde que foram feitas em equipe e individuais, estamos trocando experiência constante com os parceiros de trabalho. A população está feliz com o trabalho que temos feito até agora, e acreditamos que o nosso trabalho contribui para diminuir a morbimortalidade da nossa comunidade e para a troca de

experiência como, por exemplo, as qualidades nutritivas do Açaí e o Guaraná e também sobre algumas doenças que não temos em nosso país. Os usuários estão gostando do nosso trabalho, desta nova forma de atendimento da nossa equipe porque leva mais perto deles o atendimento. Além disso, a nossa equipe gosta muito de conversar com o usuário para tentar promover a saúde com os mesmos.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Santana é um município brasileiro localizado no sudeste do estado do Amapá. A população estimada é de 108.897 habitantes, em 2013 sendo o segundo município mais populoso de Amapá. Destes, 50.361 são homens (49.76%), e 50.842 são mulheres, correspondendo a 50.24%. Em torno de 97.92% da população é rural e só 2% é uma população urbana. A sua área é de 1577,517 km², o que resulta numa densidade demográfica de 69,03 hab./km²; tem um clima tropical chuvoso e temperatura média de 28°C. Sobre a economia, no setor primário predominam a criação de gado bovino, bubalino e suíno, a atividade pesqueira e a extração da madeira, além da venda de produtos tipicamente nortistas madeira e açaí. No setor secundário, Santana mantém sob o seu domínio o Distrito Industrial de Santana, cujo parque sofre constante ampliação. Entretanto, funcionam as empresas Flórida e Equador e também as empresas Reama (que industrializa a Coca-Cola) e Amacel (responsável pela plantação de pinhos e eucalipto), dentre outras. No setor terciário, destaca-se a Área de Livre Comércio de Macapá e Santana - ALCMS, cujos serviços contribuem economicamente para a cidade. Santana limita-se com os municípios de Mazagão, Porto Grande e Macapá. Com relação a sua divisão política, obedece à seguinte divisão: sede do município (Santana), Ilha de Santana, Igarapé da Fortaleza e Igarapé do Lago (PORTAL DA CIDADANIA, 2015).

O município conta com 10 UBS e quatro Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma Policlínica de Especialidades com atenção especializada em: cardiologia, urologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, ortopedia, gastroenterologia, mastologista, ginecologia e obstetrícia, um hospital municipal que atende urgências e tem internação clínica e cirurgia geral, com laboratório e serviço de Raios-X, além de um laboratório municipal e 10 unidades de coletas de amostras para exames complementares, outros exames, como Mamografia, Tomografia, Endoscopia, são realizados no município de Macapá.

O município Santana tem um sistema de saúde organizado com um total de dez Unidades Básicas de Saúde (UBS) com 30 equipes de saúde da família com atenção de ESF tradicionais, temos também duas equipes volantes, uma terrestre e uma fluvial que oferecem atenção nas comunidades ribeirinhas e para a população rural, temos duas equipes de apoio à saúde da família (NASF) que trabalham em parceria com as dez UBS do município, Santana tem 16 equipes de saúde bucal, um centro de diagnóstico de atenção da saúde da mulher, um centro de reabilitação, uma policlínica de especialidades Dr. Alberto Lima que oferece serviços de urologia, oftalmologia, cardiologia, gastroenterologia, ortopedia, mastologia e otorrinolaringologia, um laboratório municipal analisa todas as amostras coletadas nas unidades e no centro, mas ainda a demanda continua alta e a data de entrega dos resultados é em torno de 15 após a realização do exame, temos também um centro de atenção psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD), um centro de vigilância em saúde e um hospital municipal com serviço de pronto socorro, ambulatório, internação de pediatria e clínica médica, tem serviço de cirurgia geral e uma unidade de cuidados intensivos com apenas quatro leitos e uma sala de maternidade. Apresentamos dificuldade no município com a disponibilidade de ultrassonografia já que somente pode-se fazer particular ou no hospital com poucas vagas, com relação ao exame de mamografia a situação é pior ainda já que não temos no estado equipamento pronto para a realização deste exame. A atenção básica está baseada no modelo da estratégia da saúde da família e as unidades de saúde funcionam em rede formando o sistema de saúde do município coordenado pela secretaria de saúde.

Das dez UBS do município a nossa é a UBS Jardim Paraíso que está diretamente vinculada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), pertencendo à área urbana do município e oferece serviço com três equipes de saúde da família, compostas por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que oscilam entre nove e onze por equipe. Somente uma ESF, a número um tem técnico de saúde bucal que assiste todas as equipes em ações de saúde. Além disso, a UBS conta com uma enfermeira responsável da vacinação, e uma enfermeira que trabalha diretamente na UBS, atendendo os usuários que ficam fora da área de abrangência da unidade de saúde, mas fazem seu atendimento por lá. Também tem um recepcionista, um técnico de farmácia e uma diretora além do pessoal de limpeza e o vigilante. A

unidade até o momento não tem vínculo nenhum com instituições de ensino de saúde, mas tem vinculação com escolas de nossa área de abrangência. Somente temos especialista em pediatria que oferecem consulta de segunda a sexta de maneira alternante. As ESF têm conhecimento do território de atuação da UBS e fazem planejamento, programação e implementação das atividades.

Em relação à estrutura física de nossa Unidade, é importante destacar que ela está em reforma. Por enquanto está funcionando em um local provisório muito pequeno com dois consultórios sem banheiros para todos os serviços oferecidos. As deficiências que mais atrapalham o desenvolvimento do trabalho são as seguintes: não temos sala para acolhimento adequado, os consultórios não contam com lâmpadas de colo nem macas de exames ginecológicos, para os dois consultórios existe uma balança de adultos e uma balança pediátrica, um esfigmomanômetro e um estetoscópio, um sonar (que no momento não funciona). Salienta-se que não há periodicidade de manutenção dos equipamentos e que não há equipe de manutenção pessoal na nossa unidade. Além disso, não há laboratório, sala de esterilização nem consultório dentário, somente sala de vacinação e insumos para ele (Sala de vacinação) é suficiente. Não se realiza exame de Papanicolau nem coleta para outros exames, em virtude do local provisório, os usuários são encaminhados a outras unidades de saúde. Logicamente estes déficits afetam o bom desenvolvimento de nosso trabalho já que os mesmos têm que se deslocar a outros centros mais distantes. Há pouca oferta de medicamentos e os poucos existentes são insuficientes, e os usuários tem que comprar a maioria, até aqueles previstos para o Programa do Hiperdia. Para minimizar este problema e baseado em nossos conhecimentos, trabalhamos muito com a medicina natural (verde). Verifica-se que o déficit de medicamentos é devido ao aumento da demanda em virtude da ampliação do número de médicos nas UBS através do Programa Mais Médicos, mas já foi realizada a solicitação pela secretaria municipal de saúde.

Na área adstrita de nossa UBS temos uma população de 21.351 habitantes para quatro equipes de ESF. O total de ESF não é adequado para a população preconizada pelo Ministério da Saúde (MS), pois cada equipe é responsável por uma população de mais de 4.000 pessoas. De acordo com o perfil demográfico, temos um discreto predomínio do sexo feminino (55%), mas corresponde com a média nacional e um predomínio da população jovem em idade reprodutiva próprio de povos em desenvolvimento, tanto na nossa área quanto no município todo. Estamos

trabalhando com um novo cadastro assim como mapeando os mesmos para fazer a solicitação de pessoal, equipamentos e outros recursos necessários para oferecer um serviço de qualidade. Para garantir os serviços temos que fazer consultas e ações de saúde na comunidade.

Acredito que na minha UBS a demanda espontânea não é um problema, todo aquele que chega é muito bem acolhido e atendido pela equipe de saúde, principalmente os casos isolados que vem do interior. Nossa população tem conhecimento há muito tempo das condições da UBS, tanto que geralmente chegam quando tem agenda marcada, além disso, ninguém vai embora sem nossa avaliação.

Em relação às ações de atenção à saúde da criança, no nosso serviço não estão estruturadas de forma programática, pois não conta com um registro específico e nem realiza o monitoramento regular destas ações, à qualidade da atenção à saúde é muito boa, esta é feita por pediatras e o trabalho educativo preventivo nas comunidades pela equipe de saúde com seu médico. 79 % das crianças estão com consultas em dia, 21% tem atraso de mais de 7 dias nas consultas e todas estão com o teste do pezinho, triagem auditiva e vacinas em dia. O planejamento e monitoramento das ações têm que ser feitos com a participação dos diferentes membros da equipe de saúde. Nossa equipe já começou com este trabalho para melhorar estas ações.

Na atenção ao pré-natal, atualmente temos 82 grávidas para uma cobertura de 26% baseado no CAP, mas temos 100% de captação no primeiro trimestre da gestação, 100% de gestantes com indicação de exames na primeira consulta, 100% com a vacinas do programa em dia, mas temos dificuldades com o acompanhamento com odontológico e ginecologista porque não temos com os serviços. Assim, encaminhamos para outras unidades e não sempre é avaliada. A cobertura de consultas de puerpério é de 49,46% segundo o CAP, onde de 186 partos nos últimos 12 meses, avaliamos 92 puérperas, sendo que a maioria das puérperas permanecem fora da área de abrangência, sendo muito difícil o acompanhamento de todas as puérperas. Já falamos da importância deste acompanhamento pré-natal, os indicadores da qualidade da atenção a puerpério são de 100% de puérperas atendidas nos primeiros 42 dias, com a devida educação e orientações tanto da puérpera quanto o neonato, devemos melhorar a cobertura e a qualidade da atenção ao pré-natal na atenção odontológica que ainda não este

garantida com qualidade, à atenção ao puerpério é ruim, não temos maca para exame adequado.

Em relação ao programa de câncer de mama, segundo o CAP a estimativa é de 932 mulheres de 50 a 69 anos, mas na nossa UBS não temos esse dado, nem registros do programa, motivo este que não foi possível avaliar o mesmo. Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero, segundo o CAP existe 4.522 mulheres com idades entre 25 e 64 anos, mas na UBS não temos o controle desta doença, não dispomos da cobertura real deste programa nem os poucos indicadores da qualidade do mesmo. Por enquanto nossa equipe trabalha na comunidade avaliando os riscos e educando a população feminina. Dentre as ações realizadas pelos profissionais da saúde, está o trabalho com relação à detecção precoce desta patologia, através das ações de rastreamento, que consistem em realizar sistematicamente testes ou exames em pessoas sadias e nas ações de diagnóstico precoce, que consistem em captar precocemente alguém que já tem sintomas ou alterações no exame físico. Após o recebimento de um exame "positivo", devemos realizar o acompanhamento dessas usuárias, encaminhar ao serviço de referência para confirmação diagnóstica para realizar o tratamento. Nesse processo, é fundamental a avaliação da usuária, avaliar a compreensão que a mesma tem sobre sua doença e estimular a adesão ao tratamento. As atividades de educação são realizadas pela equipe toda, cada membro tem seus temas e funções, seja o médico, a enfermeira, o técnico ou o ACS, com uma avaliação prévia dos riscos da área de abrangência. As mulheres buscam estes atendimentos na própria UBS, pois esse local antigamente foi o centro de atenção à mulher, em caso que precisarem algum exame elas vão ao centro de atenção à mulher.

A estimativa do número de hipertensos com 20 ou mais anos residentes em comparação com o CAP é menor; temos somente 752 (20%) pessoas diagnosticadas e em controle, mas eu acredito que com o trabalho no dia a dia de pesquisa ativa de todos usuários, tanto em consulta na UBS, quanto nas visitas domiciliares é quase certo que em um ano, teremos a realidade destes dados. Nossa equipe, assim quanto às outras da UBS fazem por enquanto tudo o que é estabelecido pelo SUS.

Com relação aos poucos indicadores da qualidade da atenção à HAS avaliados, embora que não haja registro na nossa UBS, pelo trabalho desenvolvido pelas equipes todas é muito bom, tanto os hipertensos em controle assim como

aqueles que achamos na comunidade sem tratamento nem. Sobre os aspectos do processo de trabalho em nossa UBS, cada equipe tem seus próprios controles, todos os ACS têm um caderno com a relação de doentes crônicos, consultas agendadas, visitas domiciliares, tratamentos, mas não se analisam periodicamente, para avaliar e fazer um resumo dos dados da UBS toda. Já pedimos oficialmente à diretora da UBS para designar um pessoal para realizar o registro e o controle de avaliação destes dados.

O mesmo ocorre com os usuários diabéticos na nossa UBS em relação ao preenchimento desta parte do CAP, porque não temos um registro geral. Em relação às estimativas do número de Diabéticos com 20 anos ou mais, temos apenas 261 (24%) cadastrados, muito abaixo da estimativa. Sobre os poucos indicadores da qualidade da atenção a estes usuários, posso relatar que não foi possível avaliar neste momento. No entanto, cada equipe está priorizando o agendamento das consultas a diabéticos conhecidos e daqueles com risco de padecer da doença, pesquisando com estudos de laboratório necessário para estabelecer o diagnóstico. Também priorizamos o trabalho educativo, preventivo e promoção em saúde da população. Muitos aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados tanto na cobertura quanto na qualidade da atenção à HAS e DM na minha UBS. Acreditamos que devemos iniciar realizando um registro geral de controle destas doenças onde se possa avaliar cobertura e qualidade.

Sobre a população idosa na nossa área, temos um total de 752 pessoas baseados na estimativa pelo CAP, correspondendo a uma cobertura de 69%, onde todos os idosos são avaliados. Os poucos indicadores da qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa na nossa UBS são muito bons; as totalidades dos idosos estão cadastradas e avaliadas pelas equipes de saúde e pelos especialistas que tem tido necessidade. Além de que na nossa UBS, não há registro nem controle destas informações. No entanto, a minha equipe, todos os ACS têm caderno de controle e é possível detectar precocemente alterações do acompanhamento adequado destes Idosos. Também temos os prontuários pessoais e as fichas de atendimento individual que nos permitem levar um bom acompanhamento do programa, onde constam exames feitos, pendentes orientações, ações individuais, tratamentos indicados, encaminhamentos para avaliação por outras especialidades e outros dados de importância. No entanto, não dispomos a caderneta do idoso. Dos aspectos que temos que melhorar de maneira geral na nossa UBS, além de que

nossa equipe esteja trabalhando com bons resultados dos poucos indicadores, é com o registro das atividades realizadas com as pessoas idosas, além de trabalhar com a caderneta específica deles e não só com o prontuário e o caderno de controle dos ACS. Avaliar semanalmente os indicadores fazendo comparações entre cada população dos ACS, e pelo menos mensalmente entre cada equipe de saúde.

No que tange a saúde bucal da UBS, neste momento os usuários que precisam deste serviço são encaminhados para outras UBS que tem o serviço, mas é muito difícil. Para que possamos melhorar a atenção à saúde bucal é preciso que a nova UBS seja finalizada, com toda sua estrutura física e equipamentos funcionando, além de completarmos as equipes de Saúde Bucal e de realizar o sistema de registro deste serviço.

Os maiores desafios de nossa UBS são: primeiro conseguir fazer todos os registros gerais dos principais programas específicos; Atenção Pré-natal e Puérperas, Atenção as Crianças, Atenção a Hipertensão, Atenção da Pessoa Idosa, Prevenção de câncer de Colo e Mama, Saúde bucal e outros para avaliar periodicamente os indicadores. Em segundo lugar, completar tanto o número das equipes quanto os recursos humanos que precisarem neles. Em terceiro e não menos importante, terminar a reforma do centro com todas as estruturas, equipamentos e outros recursos que precisarem para oferecer um serviço de qualidade. Foram muitas coisas com quais fiquei surpreso, na realidade na nossa UBS não se avaliam os indicadores de saúde, pelo que o trabalho é a cegas.

É de grande importância fazer a análise periódica dos indicadores de saúde, para poder melhorar a qualidade dos serviços. É a única maneira de conhecer a realidade do trabalho cotidiano.

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

Ao realizar este relatório e comparando com a tarefa da segunda semana de ambientação, pude ter uma visão mais ampla da situação da minha UBS, as ações programáticas que se desenvolvem na UBS assim como as dificuldades que apresentamos na prestação dos serviços e fortaleças, que nos permite estabelecer um plano de ações para melhorar nosso trabalho além de avaliar quanto nós estamos avançando. Também proporcionou conhecer o quanto ainda devemos

trabalhar para melhorar os indicadores dos programas de saúde da minha área de atenção. Dentro das principais lacunas encontradas a falta de registros para avaliar os programas de saúde foi o mais importante já que sem ele não é possível avaliar tanto a quantidade quanto à qualidade, agora contamos com esses recursos como rotina no posto.

2 Análise Estratégica

2.1. Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é doença cardiovascular mais frequente sendo o principal fator de risco para complicações como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio; unida a Diabetes Mellitus (DM), são responsáveis de mortalidade e hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam ainda mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetida às diálises (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; SCHMIDT et al, 2011).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Paraíso, localizada no município de Santana/Amapá, possui 4 equipes de saúde para uma população de 21.251 pessoas. Uma das equipes não tem médico permanente. Estima-se uma cobertura de 20% dos hipertensos com 20 ou mais anos residentes e 24% dos diabéticos. Percebe-se a necessidade de qualificar a assistência e aumentar a cobertura destes usuários, para que com o trabalho no dia a dia de pesquisa ativa de todos os usuários, tanto em consulta na unidade, quanto nas visitas domiciliares, possamos modificar esta realidade.

A UBS encontra-se em reforma desde 2014 e está em um local provisório e pouco adequado para a assistência à saúde da população, já que possui dois consultórios sem banheiros, um local pequeno para administração compartilhado com farmácia, dois banheiros tanto para usuários quanto para trabalhadores e uma pequena sala de vacinação, não há consultório odontológico e demais serviços.

Embora não há registros na nossa UBS para se avaliar os indicadores da qualidade da atenção à HAS e DM, destaca-se que o trabalho desenvolvido pelas equipes é adequado, os usuários hipertensos e diabéticos são acompanhados assim como aqueles que achamos na comunidade sem tratamento nem acompanhamento

tem uma atenção prioritária. Também priorizamos o trabalho educativo, preventivo e promoção em saúde da população. Sobre os aspectos do processo de trabalho em nossa UBS, cada equipe tem seus próprios controles e todos os ACS tem um caderno com a relação de doentes crônicos, consultas agendadas, visitas domiciliares, tratamentos, mas não se faz avaliação destes periodicamente dos dados da UBS. Assim evidencia-se a importância do projeto de intervenção com o foco na HAS e DM na UBS Jardim Paraíso, pois é através da atenção primária à saúde que podemos fazer o diagnóstico precoce, tratamento adequado e prevenção das complicações assim como reabilitação dos casos com sequelas.

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 Jardim Paraíso, Santana -AP.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

1. Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensos e/ou Diabéticos.
3. Melhorar a adesão a Hipertensos e Diabéticos ao Programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear os hipertensos e diabéticos com risco cardiovascular.
6. Promover a saúde de Hipertensos e Diabéticos.

Relativas ao objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso na UBS Jardim Paraíso.

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

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensos e/ou Diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativas ao objetivo 3. Melhorar a adesão a Hipertensos e 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.

Relativas ao 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.

Relativas ao objetivo 5. Mapear os hipertensos e diabéticos com risco 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.

Relativas ao 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.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Jardim Paraíso, no município de Santana-AP. Conforme orientação do curso houve a necessidade do encurtamento da intervenção de 16 para 12 semanas, para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 7 ao calendário estabelecido com a Universidade. Nosso trabalho consiste

num projeto de intervenção que vai ser realizado através de estudos, levantamento de dados e desenvolvimento de ações programáticas de assistência, promoção e prevenção à saúde dos hipertensos e diabéticos desta UBS. O trabalho será realizado com os todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos, acima de 20 anos de idade da nossa área adstrita.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Será feita com a realização de consultas clínicas, através do grupo de Hiperdia, visitas ao domicílio, avaliação de prontuários clínicos. O monitoramento será realizado pelo médico e enfermeira semanalmente. A ação será realizada pelo médico, os ACS, a enfermeira e o técnico de enfermagem.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

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

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

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

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

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

Engajamento público

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualificação da prática clínica

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

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

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

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

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

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

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

Organização e gestão do serviço

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

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

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

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

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

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

Engajamento público

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualificação da prática clínica

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

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

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

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

Organização e gestão do serviço

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

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

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe pelo médico.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: semanalmente, nas reuniões da equipe pelo médico.

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

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

Engajamento público

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

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

Qualificação da prática clínica

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

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

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

Monitoramento e avaliação

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

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

Organização e gestão do serviço

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

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

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

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

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: semanalmente nas reuniões da equipe pelo médico.

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

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

Engajamento público

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

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

Qualificação da prática clínica

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

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

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

Monitoramento e avaliação

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

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

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

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

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

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

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

Engajamento público

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

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

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

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

Qualificação da prática clínica

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

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

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

Monitoramento e avaliação

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

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

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

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

Organização e gestão do serviço

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

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

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

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

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

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

Engajamento público

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

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

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

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

Qualificação da prática clínica

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

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e avaliar a existência, em farmácia, dos medicamentos no programa.

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

Organização e gestão do serviço

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

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

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

Detalhamento: registrando nas consultas a medicação indicada para cada paciente, com avaliação posterior do registro feito. Quem realizará isto será o médico da equipe, os ACS, a enfermeira e o técnico da enfermagem.

Engajamento público

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

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

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

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

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe semanal. Com apoio do técnico de Farmácia. A capacitação vai ser feita pelo médico da equipe.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: semanalmente o médico da equipe vai avaliar a existência na farmácia, dos medicamentos do programa.

Organização e gestão do serviço

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

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

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

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

Engajamento público

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

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

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento dos diabéticos.

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

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

Detalhamento: Semanalmente, nas reuniões da equipe pelo médico.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

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

Organização e gestão do serviço

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

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

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

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

Engajamento público

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

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

Qualificação da prática clínica

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

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

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

Organização e gestão do serviço

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

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

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

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

Engajamento público

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

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

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe com ajuda dos odontologistas.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

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

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

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

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

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

Engajamento público

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

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

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

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

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

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

Qualificação da prática clínica

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

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

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

Monitoramento e avaliação

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

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

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

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

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

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

Engajamento público

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

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

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

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

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

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

Qualificação da prática clínica.

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Monitoramento e avaliação

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

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

Organização e gestão do serviço

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

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

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

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

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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

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

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

Engajamento público

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

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

Qualificação da prática clínica

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

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

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

Organização e gestão do serviço

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: preenchendo em cada consulta pelos ACS e o médico

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

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

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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

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

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

Engajamento público

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

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

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe pelo médico da equipe.

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe pelo médico da equipe.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

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

Organização e gestão do serviço

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

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

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

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

Engajamento público

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

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

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

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

Qualificação da prática clínica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

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

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

Organização e gestão do serviço

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

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

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

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

Engajamento público

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

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

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

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

Qualificação da prática clínica

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

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

Organização e gestão do serviço

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

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

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

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

Engajamento público

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

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

Qualificação da prática clínica

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

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

Organização e gestão do serviço

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

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

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

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

Engajamento público

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

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

Qualificação da prática clínica

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

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

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

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

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

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

Engajamento público

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

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

Qualificação da prática clínica

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

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

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

Organização e gestão do serviço

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

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

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

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

Engajamento público

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

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

Qualificação da prática clínica

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

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

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

Organização e gestão do serviço

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

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

Engajamento público

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

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

Qualificação da prática clínica

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação.

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

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

Organização e gestão do serviço

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

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

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

Organização e gestão do serviço

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

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

Engajamento público

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

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

Qualificação da prática clínica

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

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

Qualificação da prática clínica

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

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

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

Monitoramento e avaliação

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

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

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: com apoio de todos os membros da equipe.

Engajamento público

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

Detalhamento: com o envolvimento de toda a equipe, nas consultas, nas palestras educativas, nas ações de saúde, nas visitas domiciliares, nas atividades do grupo de Hipertensão. Não serão realizadas por todos os profissionais da equipe incluindo a equipe do NASF.

Qualificação da prática clínica

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

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

Engajamento público

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

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

Qualificação da prática clínica

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

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

2.3.2 Indicadores

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

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.

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.

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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.

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.

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 com prescrição de medicamentos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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.

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.

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.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3. Logística

Para realizar a intervenção em nossa UBS vamos adotar o Caderno de Atenção Básica nº 36 (BRASIL, 2013a) o Caderno de Atenção Básica nº 37 (BRASIL, 2013b), a ficha espelho e planilhas de coleta de dados disponibilizadas

pelo curso da UFPEL e um questionário elaborado pelo médico que prevê a coleta de dados gerais sobre os usuários, história pregressa de saúde, avaliação nutricionais e da pressão arterial, avaliação de fatores de risco, dados ocupacionais e medicação que consomem os usuários.

Estimamos alcançar cadastrar 60% dos hipertensos e diabéticos e, para tanto, faremos contato com o gestor municipal para disponibilizar as fichas espelhos e fichas complementares necessárias que serão anexadas às fichas espelhos.

Para organizar o registro específico do programa, semanalmente depois das consultas de Hiperdia, o técnico de enfermagem localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando as anotações sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, avaliação dos riscos cardiovasculares.

A programação das visitas e consultas está programada no protocolo de atendimento no programa, para um atendimento correto dos usuários na UBS e na comunidade periodicamente, como está estabelecido, de forma permanente.

A capacitação vai ser realizada pelo médico semanalmente por um mês para os profissionais das equipes. Elas vão ser feitas na sala de reuniões nas reuniões da equipe.

Para o monitoramento das ações da intervenção será avaliado semanalmente os prontuários clínicos depois das consultas de Hiperdia. Precisaremos dos registros (prontuários clínicos, ficha espelho, cartão de Hiperdia) para que os profissionais possam avaliar como vai a qualidade das consultas, do preenchimento dos registros, se os usuários estão modificando seu estilo de vida, como vai a realização dos exames, porque os faltosos não vão a consulta na UBS, entre outras, para melhorar a qualidade da atenção como está estabelecido no protocolo. O monitoramento das ações da intervenção será realizado pela enfermeira semanalmente, com apoio do médico.

Para organizar agenda e acolher aos usuários faltosos, e visitar eles previamente precisa-se dos ACS para que eles sejam visitados e sejam capazes de sensibilizar eles da importância para a saúde da assistência a consulta, a periodicidade, a realização de exames, a avaliação dos resultados pelo médico, assim como os direitos dele como usuário a receber cuidado de sua saúde. Eles também irão organizar agenda para as consultas de usuários faltosos.

Fará parte do nosso trabalho diário o registro de todas as ações que fazemos com o usuário nas fichas e os registros, e a constância da assistência à consulta a guia para todos os especialistas que precisem avaliar este usuário e deve preencher-se corretamente sem omitir nenhum dado ou observação. Os ACS vão ser responsáveis para monitorar os registros de seus usuários e ser capazes de visualizar situações de alerta referente a atraso nas consultas, na realização de exames estratificação de risco. Só precisa-se dos ACS, e dos registros para realizar estas ações que são muito importantes para prevenir intercorrências honestas doenças e atingir qualidade de atenção dos usuários de forma sistemática e permanente. Nas reuniões da equipe semanalmente será pactuado as informações dos registros dos usuários de Hiperdia.

Para organizar práticas coletivas sobre os temas da intervenção, contaremos com apoio dos profissionais da equipe e dos usuários para criar o grupo de Hiperdia, onde neste grupo planejará as atividades coletivas para atingir hábitos saudáveis e melhorar a qualidade de vida. Precisamos também do gestor da atenção à saúde da família na busca de parcerias institucionais, para envolvimento de nutricionista e educador físico nesta atividade e orientar corretamente aos usuários e famílias permanente e sistematicamente nos grupos que serão realizados semanalmente. O responsável por ele será a equipe de NASF. Para a orientação dos hipertensos e diabéticos sobre a importância de uma alimentação saudável, precisa-se dos usuários e das famílias, mas também dos profissionais. Nas visitas domiciliares consultas, palestras e ações de saúde, os usuários vão receber orientação sobre a importância de uma alimentação saudável para evitar intercorrências e manter a doença controlada.

Também realizaremos palestras para toda a população da UBS, onde serão oferecidos serviços como: tomada da pressão arterial, teste de glicose, tomada da circunferência de abdômen e perímetro braquial etc., com uma frequência semanal.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Todas as atividades previstas no cronograma foram realizadas, algumas na data prevista e outras foram reprogramadas, como o encontro com os gestores de saúde tanto da UBS quanto do município, que era para se realizar na primeira semana e só foi possível na terceira, o levantamento de medicação entrega por mês se realiza, no primeiro período tivemos muita instabilidade com os secretários de saúde, pois passaram três no período da intervenção, o que interferiu na disponibilização de alguns materiais necessários, que demoraram a chegar até a nossa UBS.

As reuniões de capacitação das equipes foram realizadas a partir da segunda semana, pois tivemos um período intenso de muitas chuvas que atrapalhou um pouco, mas se conseguiu realizar as mesmas com boa participação dos membros da equipe. Foram esclarecidas muitas dúvidas e traçadas estratégias de trabalho que já estão dando frutos, como a busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos e orientação aos portadores de Diabetes mellitus e hipertensão sobre a necessidade do uso contínuo das medicações, cuidados com dieta e atividade física, e sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. O responsável pelos registros está com as fichas espelho e prontuários organizados e identificados de todos os usuários e cada enfermeira e médico têm vagas disponíveis para os agendamentos todos os dias, de forma que os usuários que chegam à UBS tem garantido seu atendimento. E isso está bem identificado na sala de espera, através de um banner informativo sobre a prioridade de atendimento dos usuários nas ações programáticas.

Revisamos uma vez por semana os prontuários e verificamos se existiam usuários com consulta em atraso, dados que foram entregues aos ACS para recuperação dos mesmos.

Realizou-se o exame clínico apropriado em 84,1% dos hipertensos e 78,9% dos diabéticos, exames complementares em dia de acordo com o protocolo em 66,7% dos hipertensos e 72,9% dos diabéticos, a prescrição de medicamentos da farmácia popular em 99% dos hipertensos e 100% dos diabéticos e a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 95,5% dos hipertensos e 94,7 dos diabéticos,

Além disto, conseguimos que 97,7% dos hipertensos e 100% dos diabéticos faltosos as consultas fossem avaliadas principalmente durante a visita domiciliar, 97% dos hipertensos e em 96,7% dos diabéticos cadastrados tiveram a ficha de acompanhamento, em 97,5% dos hipertensos e 97,9% dos diabéticos foram avaliados para a estratificação do risco cardiovascular e 100% tanto dos hipertensos quanto dos diabéticos cadastrados receberam ações baseadas em orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Realizamos atividades educativas sobre HAS e DM com participação da comunidade, sobre alimentação saudável, prática de atividades físicas e riscos do tabagismo na sala de espera todas as semanas, pela enfermeira, médicos e os profissionais do NASF. Em relação à parte educativa, não podemos dizer que é ótima, mas estou bastante satisfeito com o que foi alcançado. Com relação ao exame clínico em dia e exames complementares, estes foram realizados, superando nossas expectativas. Conseguimos garantir as prescrições de medicamentos da farmácia popular.

Avaliação de dados, das ações assim quanto possíveis correções foram realizadas sistematicamente todas sextas feiras.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Informar a chefia imediata sobre a intervenção; imprimir os Cadernos de Atenção Básica nº 16 – Diabetes Mellitus e de Atenção Básica nº15 – Hipertensão

Arterial Sistêmica, disponibilizando na unidade. Se informou, mas somente temos eles digitais.

A informação à população apresentou dificuldades, pois não foi possível a divulgação pelos meios de difusão como tínhamos previsto, mas se garantiu com as outras atividades como ações de saúde nas comunidades, nos acolhimentos na UBS, nas visitas domiciliares e outras.

A maior das dificuldades foi a não realização do tratamento odontológico porque não contamos com o serviço na unidade, mas conseguimos fazer avaliação das necessidades de atendimento e atividades de educação para higiene bucal. Aguardamos pela inauguração da nova UBS antes de terminar o ano para oferecer este serviço com qualidade.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A coleta de dados ocorreu de forma sistematizada, com a revisão semanal das fichas espelho e prontuários dos usuários de cada equipe que foram atendidos durante a semana. Depois os dados foram passados para a planilha de coleta de dados com revisão dos indicadores de forma sistemática pelo médico responsável da intervenção. Não houve grandes dificuldades.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações da intervenção já são rotina na UBS. Incorporamos ações que não eram realizadas antes, como busca ativa das faltosas, revisão semanal do programa com fechamento de planilhas, ações educativas na sala de espera, estabelecimento de arquivo específico para os prontuários, com identificação das equipes de saúde, o que facilita a localização pelo pessoal do SAME e o monitoramento do programa.

É possível perceber que a intervenção está engajada nas atividades diárias de cada profissional de saúde, ofertando uma assistência qualitativa, integral e humanizada. Apenas ficou pendente solucionar os problemas estruturais para que a qualidade seja melhorada ainda mais e para que possamos alcançar todas as metas do programa.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nossa intervenção foi baseada na ação programática dos usuários hipertensos e diabéticos da UBS Jardim Paraíso do Município de Santana/AP.

O principal objetivo desta intervenção foi melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus, na UBS Jardim Paraíso, Santana-AP. Conseguimos contemplar 232 usuários, deles 137 hipertensos, 31 diabéticos e 64 portadores das duas doenças.

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

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência.

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

Com relação à cobertura dos hipertensos, se conseguiu cadastrar 201 hipertensos (26,7%), ficando muito longe da meta proposta. Este resultado teve influência pelas intensas chuvas durante o primeiro mês e o tempo de intervenção que foi reduzido em um mês e pela ausência de uma de nossas colegas que ficou afastada do trabalho por mais de dois meses durante o período da intervenção e outro médico ficou de férias durante um mês, além do que os serviços são oferecidos num local provisório com somente dois consultórios: No primeiro mês se conseguiu cadastrar 53 usuários (7%), no segundo elevamos para 131 (17,4%) e no terceiro, 201 (26,7%) (Figura 1).

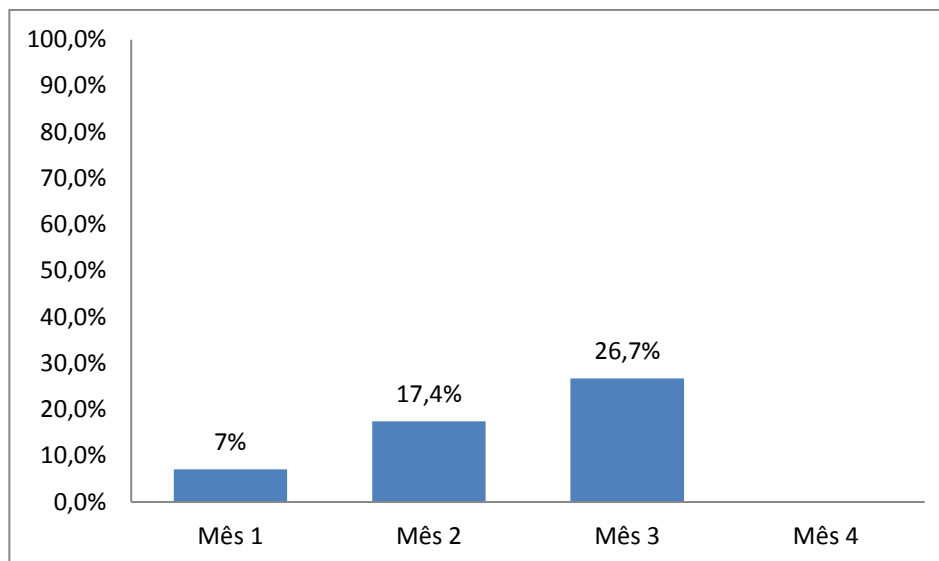


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.
Fonte: Planilha de coleta de dados 2015

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de Saúde.

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

Cadastramos no primeiro mês 24 diabéticos (9,2%), no segundo mês 44 (16,9%) e finalizamos o terceiro mês com 95 (36,4%) diabéticos cadastrados, não atingindo nossa meta de 60%. A causa da redução do tempo de intervenção e o afastamento da colega por doença foram os motivos de não atingirmos as metas. (Figura 2).

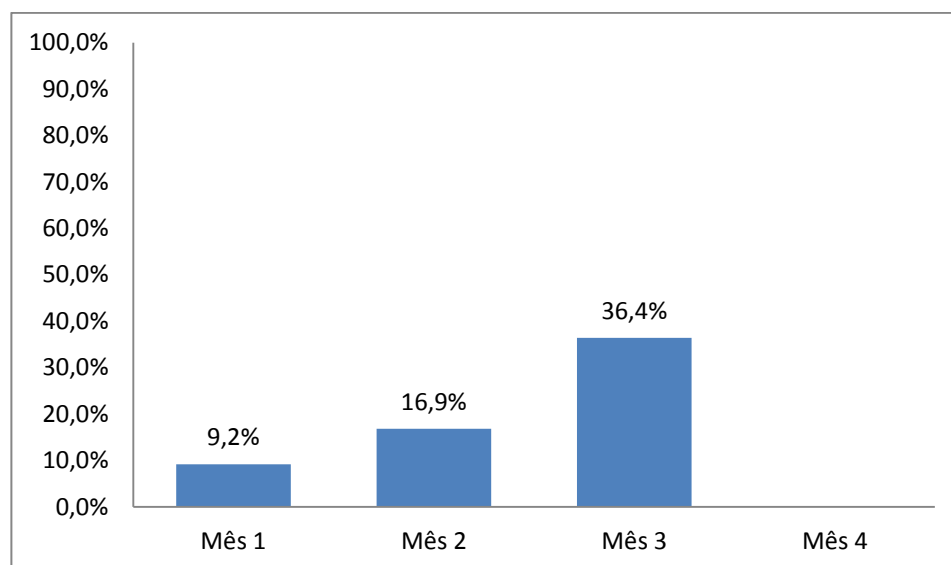


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

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

No primeiro mês obtivemos 37 (69,8%) hipertensos em dia com os exames clínicos, no segundo mês foram 102 (77,9%) e no terceiro chegamos a 169 (84,1%), não atingindo nossa meta inicial de 100%, por causa dos usuários acamados sem condições para a realização do exame clínico com qualidade (Figura 3).

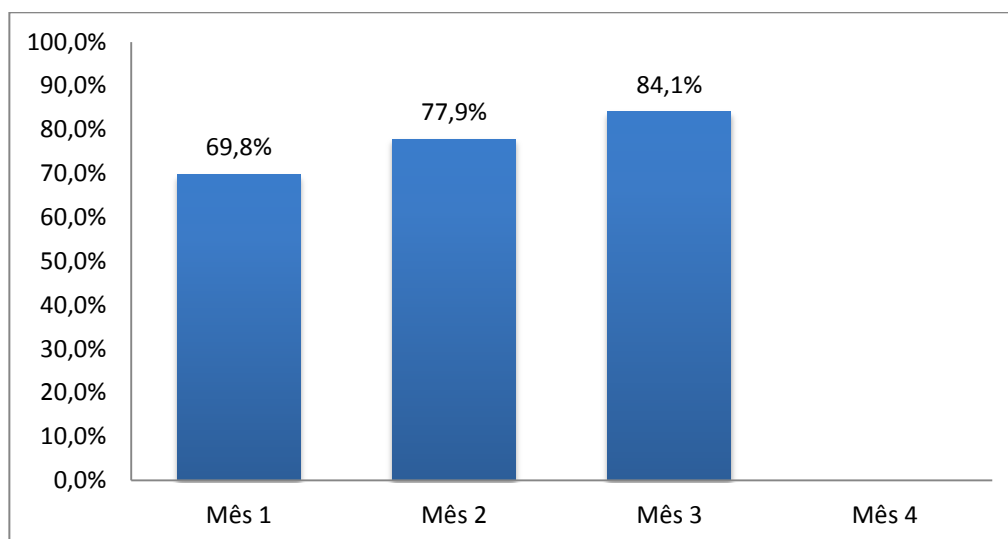


Figura 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

Conseguiram-se no primeiro mês 17 diabéticos (70,8%), no segundo mês foram 27 (61,4%) e no terceiro finalizamos com 75 (78,9%), não atingindo nossa meta inicial. As principais dificuldades foram com os usuários acamados sem condições para a realização do exame clínico com qualidade. (Figura 4).

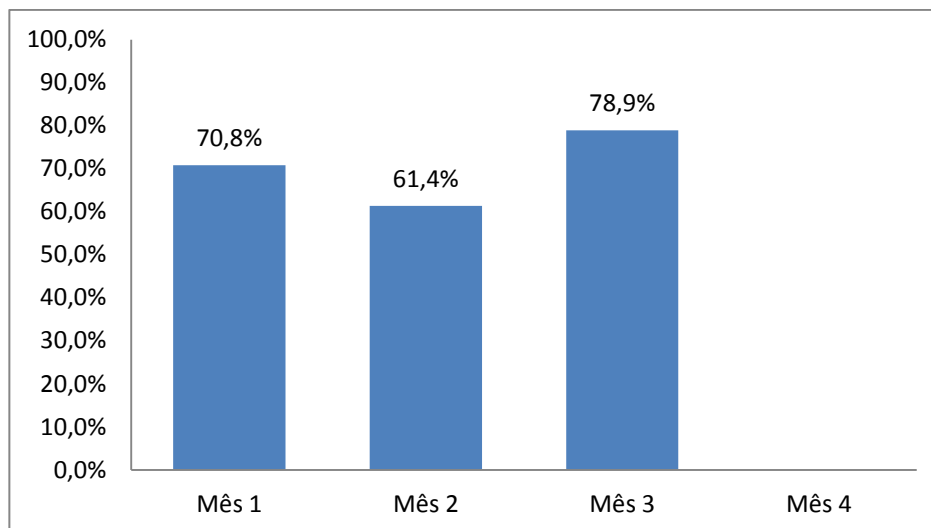


Figura 4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

No primeiro mês foram 19 hipertensos (35,8%), no segundo mês 68 (51,9%) e no último mês 134 (66,7%). Acreditamos que um dos problemas para não atingirmos nossa meta é pela falta de um laboratório na nossa UBS. Além disto, existe uma grande demanda de usuários procedentes das Ilhas que se localizam perto da nossa UBS e que pertencem ao estado Pará, sobrecarregando o serviço. (Figura 5).

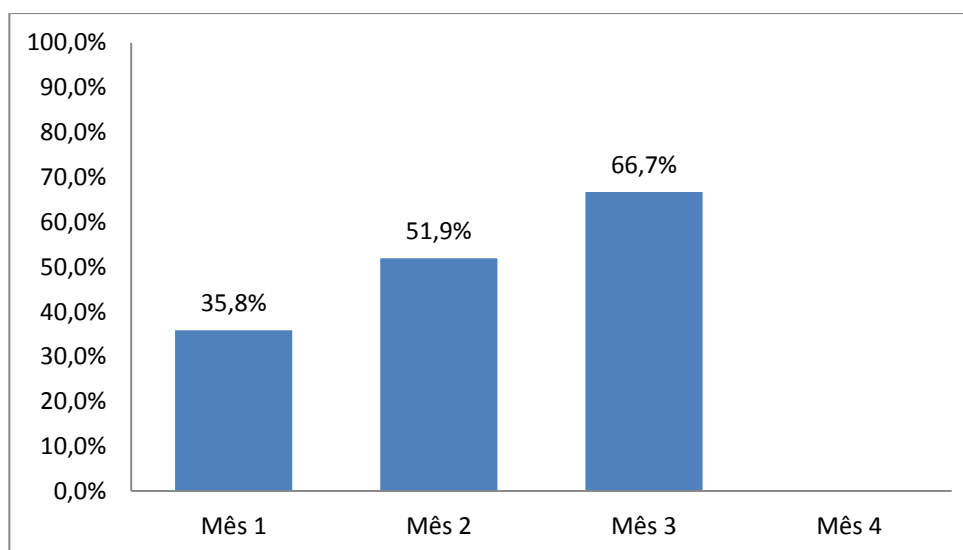


Figura 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

No primeiro mês foram 10 diabéticos (41,7%), no segundo mês 22 (50%) e no último mês 69 (72,6%). A dificuldade para esta meta é a mesma que foi descrita anteriormente. (Figura 6).

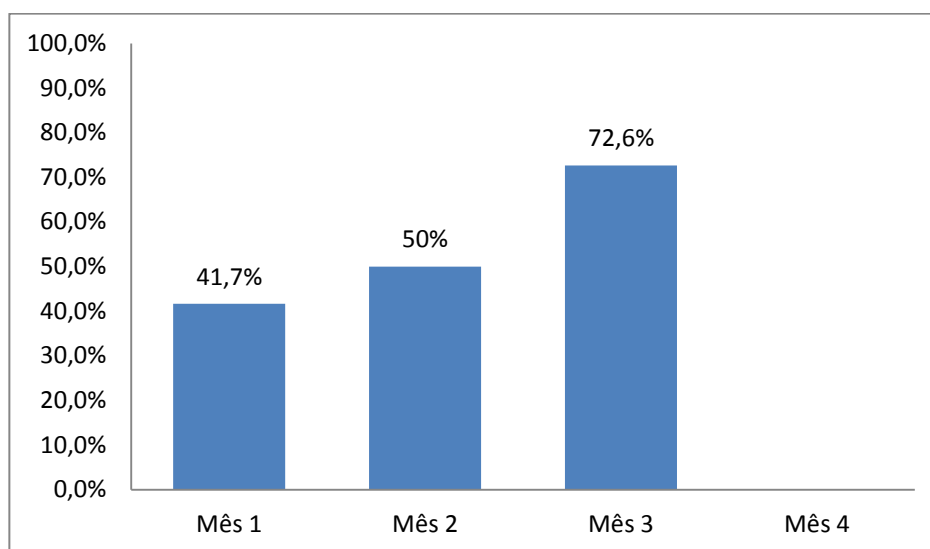


Gráfico 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

No primeiro mês prescrevemos medicamentos para 51 (98,1%) hipertensos, no segundo mês foram 128 (98,5%) e no terceiro mês 198 (99%), praticamente atingindo nossa meta inicial. Somente três usuários utilizavam medicamentos compostos por fórmulas manipuladas prescritas pelo cardiologista, que não eram disponibilizadas pela farmácia popular. (Figura 7).

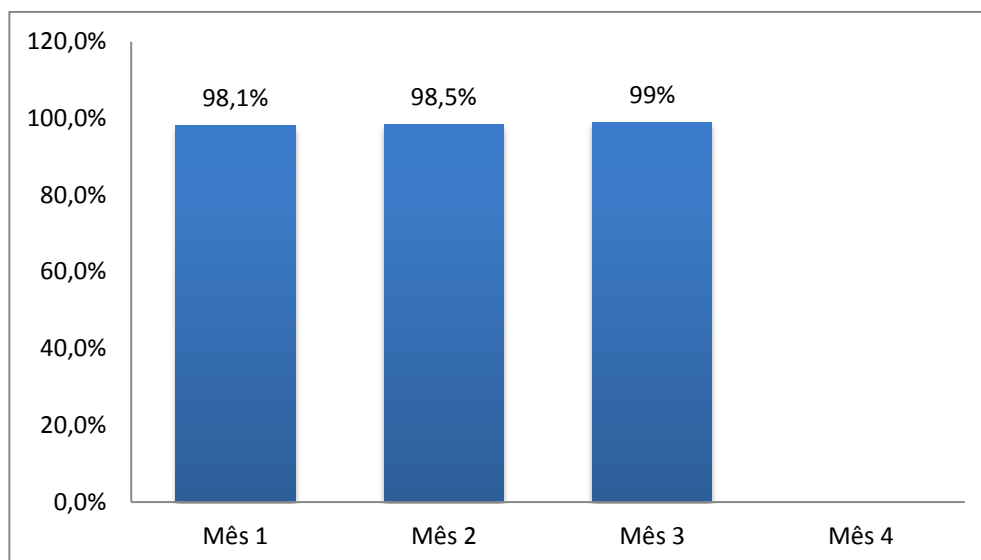


Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular /Hiperdia priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

Para esta meta, conseguimos manter 100% dos usuários prescritos durante os três meses da intervenção. No primeiro mês prescrevemos medicamentos para 24 (100%) diabéticos, no segundo mês foram 44 (100%) e no terceiro mês 95 (100%), atingindo nossa meta inicial.

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

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

O atendimento odontológico é um serviço de muita importância para a comunidade toda. Em nossa população alvo, e principalmente nos usuários diabéticos que precisam manter o corpo livre de infecções para prevenir o descontrole metabólico, esta ação é imprescindível.

Com relação aos hipertensos, no primeiro mês orientamos 44 (83%), no segundo mês foram 122 (93,1%) e finalizamos com 192 (95,5%), bem próximos da nossa meta inicial. Vale destacar que esta ação não era ofertada na nossa UBS anteriormente a nossa intervenção, pois pensávamos que somente o odontólogo era

responsável por realizar esta avaliação. Após nossa intervenção, todos os profissionais da equipe fazem uma avaliação superficial dos mesmos, e caso seja detectado alguma intercorrência, encaminham os usuários para o atendimento odontológico, não atingimos a meta inicial por usuários avaliados na comunidade sem condições para exame bucal. (Figura 8).

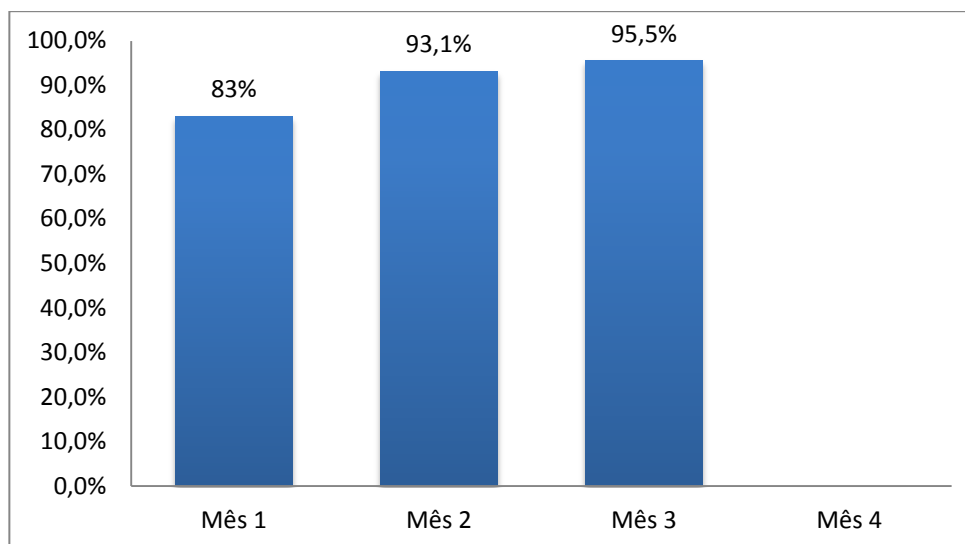


Figura 8: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

Assim, no primeiro mês orientamos 19 (79,2%), no segundo mês foram 39 (88,6%) e finalizamos com 90 (94,7%), não atingimos a meta inicial por usuários avaliados na comunidade sem condições para exame bucal (Figura 9).

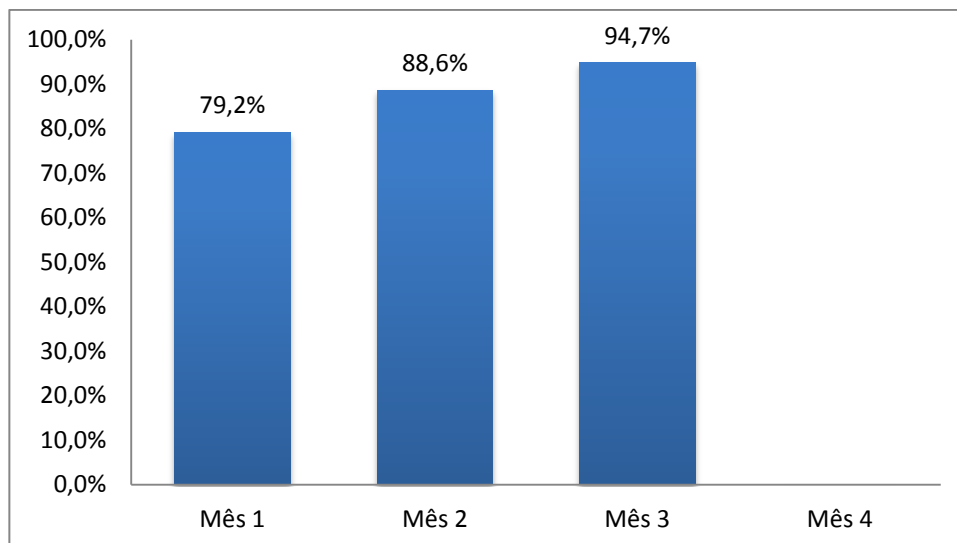


Figura 9: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

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

Com relação à busca ativa dos hipertensos faltosos as consultas, podemos observar que iniciamos com 20 (95,2%) dos 21, no segundo mês foram 36 (97,3%) dos 37 e concluímos com 42 (97,7%) dos 43. Não conseguimos a meta inicial de 100%, já que alguns usuários não ficam permanentemente na área, pois trabalham no interior (Figura 10).

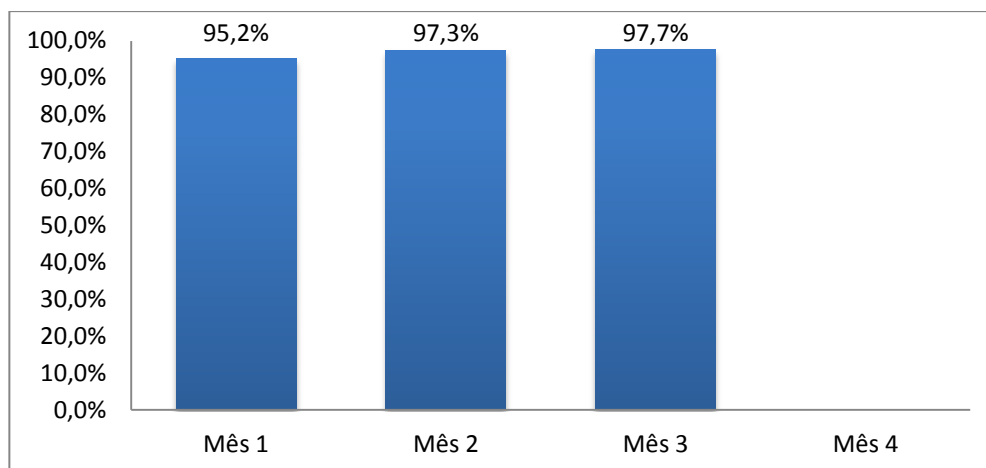


Gráfico 10. Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

Com os usuários diabéticos, iniciamos realizando a busca de 9 (100%) faltosos, no segundo mês foram 16 (100%) e terminamos com o atendimento de 23 (100%), atingindo nossa meta inicial para esta ação nos três meses.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

Ao analisar o comportamento deste indicador, podemos observar que nos usuários hipertensos, tivemos 47 (88,7%) no primeiro mês, 125 (95,4%) no segundo e 195 (97%) no terceiro mês. O registro não foi adequado pela falta de dados necessários dos usuários que foram avaliados na comunidade como o peso dos usuários acamados de outras equipes. (Figura 11).

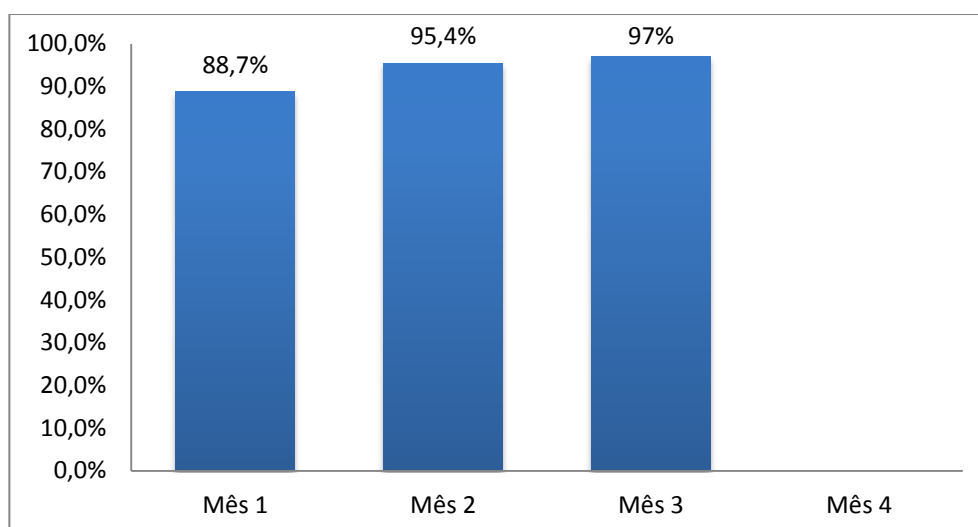


Figura 11: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

No caso dos usuários diabéticos, o comportamento do indicador, foi similar, pois no primeiro mês registramos 21 (87,5%), no segundo elevamos para 41 (93,2%) e finalizamos com 92 (96,8%) O registro não foi adequado pela falta de dados necessários dos usuários que foram avaliados na comunidade como o peço e talha de usuários acamados de outras equipes. (Figura 12).

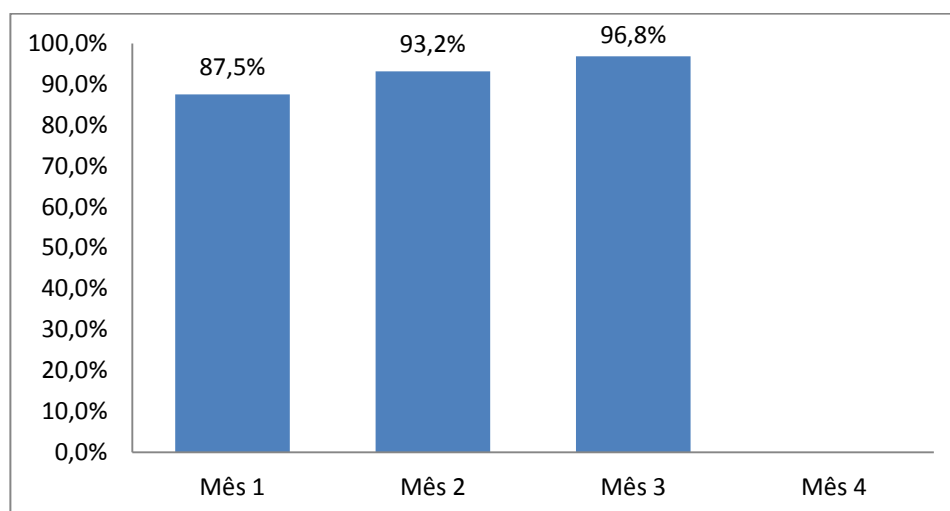


Figura 12. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

No primeiro mês conseguimos mapear 48 (90,6%), no segundo mês foram 126 (96,2%) e finalizamos com 196 hipertensos (97,5%) (Figura 13). As principais dificuldades foram com os usuários acamados sem as condições para a realização de um exame clínico com qualidade.

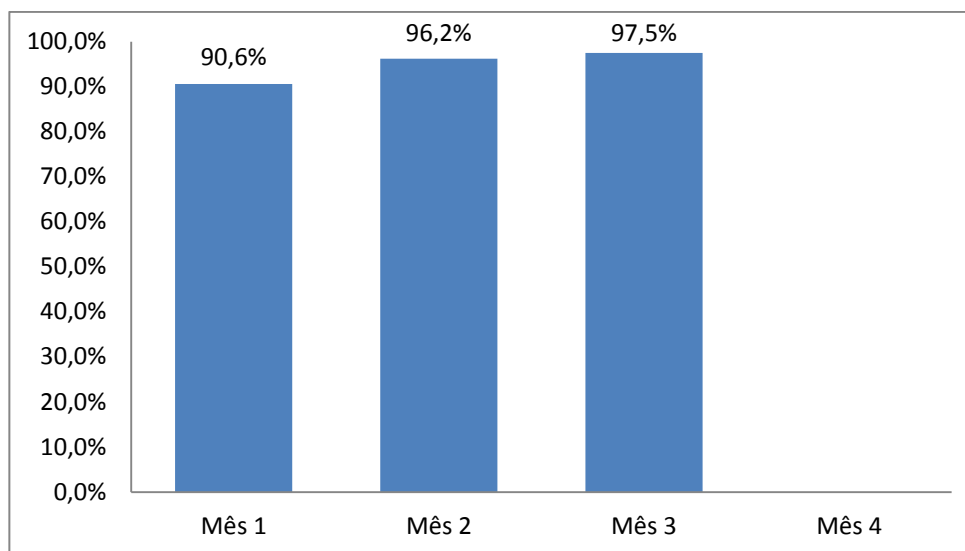


Figura 13. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.
Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Nesta ação, apenas dois diabéticos não foram mapeados. Assim no primeiro mês mapeamos 22 (91,7%) diabéticos, no segundo mês 42 (95,5%) e finalizamos com 93 (97,9%), nos aproximando da nossa meta inicial. A dificuldade desta ação, tanto para os hipertensos quanto para os diabéticos foi à falta de dados essenciais como exames laboratoriais (Colesterol), ECG, Fundo de olho etc. (Figura 14).

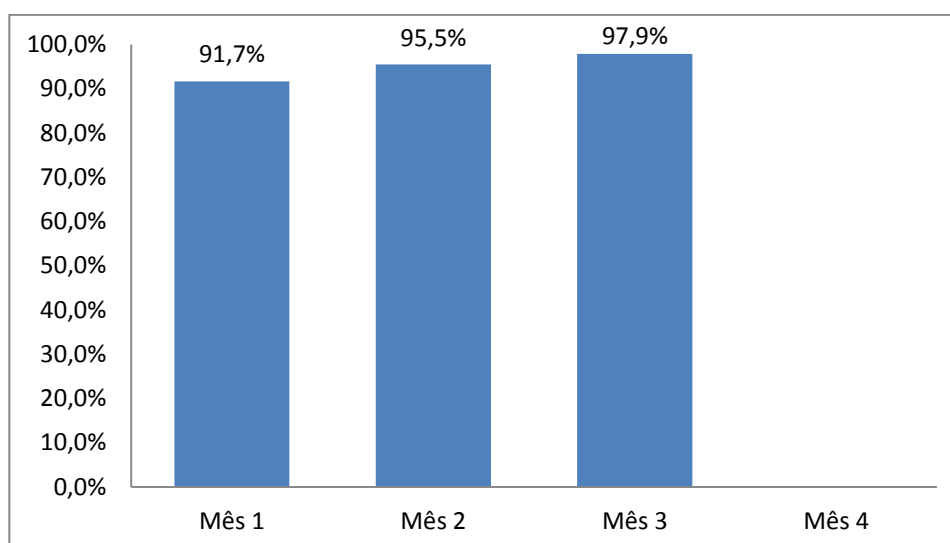


Figura 14. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.
Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Nos hipertensos este indicador se comportou da seguinte maneira: no primeiro mês foram orientados 53 (100%), no segundo mês foram 131 (100%) e finalizamos com 201 (100%). Todos os usuários avaliados em nossas consultas foram orientados e não tivemos dificuldades.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 50% dos diabéticos.

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

No primeiro mês conseguimos orientar 24 diabéticos (100%), no segundo mês foram 44 (100%) e finalizamos com 95 (100%). Também não tivemos dificuldades para esta ação.

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

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

No primeiro mês conseguimos orientar 53 hipertensos (100%), no segundo mês foram 131 (100%) e finalizamos com 201 (100%). Não tivemos dificuldades.

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

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

No primeiro mês conseguimos orientar 24 diabéticos (100%), no segundo mês foram 44 (100%) e finalizamos com 95 (100%). Todos os usuários avaliados em nossas consultas foram orientados e não tivemos dificuldades.

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

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

No primeiro mês conseguimos orientar 53 hipertensos (100%), no segundo mês foram 131 (100%) e finalizamos com 201 (100%). Todos os usuários avaliados em nossas consultas foram orientados e não tivemos dificuldades.

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

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

No primeiro mês conseguimos orientar 24 diabéticos (100%), no segundo mês foram 44 (100%) e finalizamos com 95 (100%). Todos os usuários avaliados em nossas consultas foram orientados e não tivemos dificuldades.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês conseguimos orientar 53 hipertensos (100%), no segundo mês foram 131 (100%) e finalizamos com 201 (100%). Todos os usuários avaliados em nossas consultas foram orientados e não tivemos dificuldades.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Figura 25.

No primeiro mês conseguimos orientar 24 diabéticos (100%), no segundo mês foram 44 (100%) e finalizamos com 95 (100%). Todos os usuários avaliados em nossas consultas foram orientados e não tivemos dificuldades.

4.2 Discussão

A intervenção em nossa Unidade Básica de Saúde propiciou a ampliação de cobertura da atenção dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus,

melhorou os registros e a qualificou a atenção aos mesmos através das orientações com ênfase na promoção de saúde e na prevenção dos possíveis agravos.

Antes da intervenção, as atividades com estes grupos de usuários não tinham a devida prioridade, pois as ações de educação para a saúde não eram desenvolvidas com a periodicidade nem com a qualidade necessária. Além disto, o acolhimento dos usuários era realizado apenas pelo recepcionista, que não realizava nenhuma orientação educativa. Os ACS não faziam busca ativa de novos usuários com estas patologias na comunidade e também nem dos faltosos as consultas e com exames laboratoriais atrasados. Com a intervenção, foram revistas as atribuições da equipe.

Assim, a intervenção exigiu a capacitação constante da equipe, seguindo as recomendações do Ministério de Saúde relativas ao rastreamento dos maiores de 20 anos com o controle periódico da pressão arterial e da glicemia capilar. Além disto, a mesma promoveu o trabalho integrado dos membros da equipe, onde cada um cumpriu uma função determinada, refletindo na participação e nas conversas com os usuários e a comunidade em geral. Conseguimos conscientizar nossos ACS sobre a importância da busca ativa na comunidade de novos casos.

Além da qualificação da prática profissional, a intervenção acabou tendo impacto em outros serviços da UBS como na farmácia, pois mediante o trabalho em conjunto, conseguimos fazer o pedido de medicamentos de acordo com as necessidades de consumo de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes. No entanto, sabemos que devemos intensificar ainda mais esta ação, pois apresentamos uma insuficiência desses medicamentos.

No que tange à comunidade, tenho a certeza que a intervenção foi muito boa, pois conseguimos aumentar o número de usuários contemplados com nossas ações. Além disto, seus familiares se mostraram muito satisfeitos com a intervenção, pois até comentam que nunca tinham sido atendidos com tanto respeito, dedicação e esforço por parte da equipe. A comunidade mostrou-se agradecida com o trabalho realizado, principalmente as orientações relacionadas à alimentação saudável, a prática de atividades físicas entre outros temas abordados nas atividades educativas nos diferentes cenários, como nas residências, espaços na comunidade, sala de espera da UBS e nas consultas.

Desde o início da intervenção tivemos o cuidado de não afetar os demais usuários para não gerar insatisfações na comunidade e alcançarmos resultados

muito positivos neste sentido. A comunidade ficou ciente que o trabalho realizado com este grupo de usuários beneficiaria, de modo geral, todos os habitantes da nossa área de abrangência. Apesar da ampliação da cobertura, acreditamos que ainda existem usuários sem cadastro, mas o trabalho continua e buscaremos cadastrar 100% deles.

A nossa intervenção poderia ter tido melhores resultados se desde o início, as demais equipes de saúde realizassem a mesma, com o empenho que a nossa equipe demonstrou e se contássemos com o apoio da gestão municipal e com toda a estrutura e serviços necessários na UBS. Além disso, poderíamos ter tido uma melhor integração com os demais serviços do município, principalmente com as UBS onde ficam especialistas em cardiologia e endocrinologia.

Os resultados obtidos foram muito bons, conseguimos amadurecer bastante, porém temos condições de superar as dificuldades encontradas, já que contamos com a experiência do nosso trabalho realizado nas comunidades de nossa área de abrangência. Hoje temos outra visão da nossa comunidade, pois conhecemos as condições de moradia, a composição das famílias, os problemas que afetam o desenvolvimento de nosso trabalho, onde se deram soluções a muitas dificuldades encontradas. Continuaremos trabalhando neste sentido.

A intervenção já está incorporada à rotina do serviço, onde melhoramos o seguimento dos diabéticos e hipertensos da nossa área de abrangência. O acolhimento dos usuários, as atividades educativas, as avaliações de qualidade, a busca ativa das doenças, o registro adequado e todas as ações da intervenção são parte da rotina de trabalho da unidade.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Sou o médico Euberto Campos Rojas, funcionário da Unidade Básica de Saúde Jardim Paraíso, do município Santana /AP, onde realizamos uma Intervenção com o objetivo de melhorar a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência. Neste Relatório explicarei como foi desenvolvida a ação programática durante as doze semanas, proposta pela especialização em saúde da família, através da Universidade Aberta do SUS – UNASUS de Pelotas, obtendo o aprimoramento da gestão, organização dos serviços de Atenção Primária de Saúde e qualificação da prática clínica, resultando em uma avaliação contínua com o monitoramento das ações, alcançando a participação da comunidade.

Após a análise situacional, identificamos muitos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS com agravos ou intercorrências, produto do descontrole destas doenças, pelo que propusemos realizar nossa intervenção para qualificar a assistência destes usuários no programa de saúde. As ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público e qualificação da prática clínica. Com isto conseguimos desenvolver diversas ações, como o cadastramento de 232 usuários, deles 137 hipertensos (26,7%), 31 diabéticos (36,4%) porque 64 deles são portadores das duas doenças.

Realizou-se o exame clínico apropriado em 84,1% dos hipertensos e 78,9% dos diabéticos, exames complementares em dia de acordo com o protocolo em 66,7% dos hipertensos e 72,9% dos diabéticos, a prescrição de medicamentos da farmácia popular em 99% dos hipertensos e 100% dos diabéticos e a avaliação da

necessidade de atendimento odontológico em 95,5% dos hipertensos e 94,7 dos diabéticos,

Além disto, conseguimos que 97,7% dos hipertensos e 100% dos diabéticos faltosos as consultas fossem avaliadas principalmente durante a visita domiciliar, 97% dos hipertensos e em 96,7% dos diabéticos cadastrados tiveram a ficha de acompanhamento, em 97,5% dos hipertensos e 97,9% dos diabéticos foram avaliados para a estratificação do risco cardiovascular e 100% tanto dos hipertensos quanto dos diabéticos cadastrados receberam ações baseadas em orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal.

No entanto tivemos algumas dificuldades durante a intervenção, como a realização de exames complementares, pois em nossa UBS não temos o serviço. Outro problema enfrentado foi a não avaliação dos usuários referenciados para o serviço odontológico, pois não disponibilizamos esse serviço, mas encaminhamos 100% dos usuários a outras UBS. No entanto, temos dificuldades com a contra referência. Também conseguimos passar o tratamento das farmácias populares, no entanto, não existiam em quantidade suficiente para satisfazer a demanda.

Acredito que com a implantação destas ações, como parte da rotina diária no serviço e do envolvimento maior dos gestores nas ações desenvolvidas na UBS, oferecendo apoio na resolução das dificuldades, pois sem a vontade política dos gestores não é possível desenvolver as ações programáticas com a qualidade necessária, conseguiremos ampliar a cobertura destes usuários, atingindo uma atenção à saúde de qualidade e humanizada.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários,

Com a realização deste relatório pretendemos demonstrar à comunidade como foi desenvolvida a Intervenção com os usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, Jardim Paraíso, situada no bairro Paraíso, município Santana-AP. Projeto desenvolvido pelo médico Euberto Campos Rojas com as equipes de saúde da família correspondentes.

Após a análise situacional detalhada da UBS, identificou-se que um dos problemas enfrentados era a presença elevada de agravos e intercorrências dos usuários hipertensos e diabéticos, encontradas principalmente no momento das consultas, além do que não existiam registros sobre a situação dos nossos usuários, impedindo que soubéssemos quantos estavam recebendo a assistência adequada. Diante disso, planejou-se uma intervenção para melhorar a qualidade de atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos.

Participaram da Intervenção um total de 232 usuários, deles 137 hipertensos, 31 diabéticos e 64 portadores das duas doenças que receberam acompanhamento na UBS. Isto corresponde a 26,7% dos hipertensos e 36,4% dos diabéticos.

Durante a intervenção, foram desenvolvidas as seguintes ações: Realização de reuniões com a equipe de saúde para informar sobre o projeto, assim como para conseguir o envolvimento e apoio dos demais profissionais da UBS. Organização da capacitação dos profissionais da equipe, da logística do trabalho de campo para orientar as atribuições de cada profissional nesta intervenção, assim como a periodicidade das reuniões e as atividades coletivas com os usuários. Cadastramento dos usuários e a busca dos faltosos a consulta. Monitoramento dos registros dos usuários e dos medicamentos destes na Farmácia Popular /Hiperdia. Preparação das planilhas para a coleta dos dados e dos recursos e materiais para

realizar a triagem e glicotestes dos usuários. Acompanhamento destes com a realização de exame clínico.

Realizamos também a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, a avaliação de risco cardiovascular pelo exame clínico, as orientações sobre nutrição e alimentação saudável, prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e a importância da higiene bucal. Acompanhamos os indicadores digitados nas planilhas, além de mobilizar os usuários hipertensos e/ou diabéticos para a participação do programa de saúde. Conseguimos formar um grupo para educação em saúde, com a participação de diversos profissionais, incluindo a equipe do NASF.

Como resultado da intervenção, observou-se que conseguimos ampliar a cobertura de hipertensos e de diabéticos. Além disto, conseguimos ótimos resultados nos nossos indicadores de qualidade como a realização de exame clínico, a avaliação de risco cardiovascular, o preenchimento adequado dos registros dos usuários, a indicação dos exames complementares, a avaliação da necessidade de atendimento odontológico e as orientações sobre os fatores de risco e os hábitos de vida saudável, que contemplaram todos os usuários atendidos e cadastrados na nossa UBS.

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

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No início de minha intervenção, não tinha muitas expectativas, já que as condições estruturais da UBS não são adequadas e também porque o trabalho tinha que ser desenvolvido com a inclusão de todas as equipes, embora que eu acreditava que esta experiência seria uma forma de unir esforços em torno de um objetivo comum para todos os trabalhadores da UBS. Além disto, também propiciaria a troca de conhecimentos e experiências com profissionais de várias regiões do país, além dos orientadores. O projeto pedagógico, com diretrizes bem definidas, facilitou nossa intervenção, sendo uma ferramenta muito eficaz para combater os principais problemas de saúde da minha comunidade, melhorando os indicadores de saúde da população brasileira.

No que tange ao curso, o início foi difícil porque eu recém havia chegado ao país e possuía poucas informações e recursos materiais para qualificar o programa de saúde, além do idioma que tem uma gramática muito difícil. Porém, seguimos as orientações dadas pelos orientadores, enfrentamos todos os nossos desafios, e com passo um pouco devagar, conseguimos o apoio da nossa equipe e incorporamos as demais. Também, inicialmente, o acesso à internet foi um problema, porque não foi providenciado pela secretaria de saúde e não tínhamos como acessar ao curso, além de que em nosso município, a conexão é péssima. Também não contamos com uma biblioteca para consultar as bibliografias para fazer as práticas clínicas. Também tive muita dificuldade de interagir nos fóruns devido a esta dificuldade de acesso.

Através deste curso pude conhecer as principais problemáticas do Sistema Único de Saúde do Brasil que até o momento, eram quase desconhecidas para mim e possibilitou a realização do análises da situação de saúde da UBS, identificando as deficiências na atenção e os principais problemas de saúde da área de

abrangência. Acredito que o aprendizado fundamental do curso foi demonstrar que podemos realizar uma atenção com qualidade e de proporcionar as ferramentas para melhorar outras ações programáticas.

Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>.

IBGE. **Censo Demográfico 2009 - Resultados do universo**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 06 out. 2014.

PORTAL DA CIDADANIA. Governo do Amapá. **Santana**. 2015. Disponível em: <http://www.amapa.gov.br/pagina.asp?id_pagina=539>.

SCHMIDT, M. I. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. The Lancet, London, 9 maio 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

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

