

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabete na UBS
Francisco Constâncio da Silva em Boa Vista Sobral, Rio Branco, AC**

Marys Leydis Ramírez Rodríguez

Pelotas, 2015

Marys Leydis Ramírez Rodríguez

**Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabete na UBS
Francisco Constâncio da Silva em Boa Vista Sobral, Rio Branco, AC**

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: Lenise Menezes Seerig

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

R696m Rodriguez, Marys Leidys Ramirez

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão e/ou Diabete na UBS Francisco Constâncio da Silva Em Boa Vista Sobral, Rio Branco, AC / Marys Leidys Ramirez Rodriguez; Lenise Menezes Seerig, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

77 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. Seerig, Lenise Menezes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minhas filhas, meu esposo e a família toda pela ajuda incondicional.

Agradecimentos

Agradeço a minha orientadora Lenise e a meu esposo.

Resumo

RAMÍREZ RODRÍGUEZ, Marys Leydis. **Melhoria da atenção aos usuários hipertensão e/ou diabete na Unidade Básica de Saúde (UBS) Francisco Constâncio da Silva em Boa Vista Sobral, Rio Branco, AC.** 2015. 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.

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importantes problemas de saúde pública, pois é a primeira causa de morte no país. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), doenças crônicas não transmissíveis, constituem-se os mais importantes fatores de risco das doenças cardiovasculares. Nesse contexto a Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como elemento-chave no desenvolvimento das ações para o controle da HAS e DM, uma vez que, através de uma equipe multidisciplinar, atua na promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, na manutenção da saúde e no estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a comunidade. Este trabalho trata-se de uma intervenção, realizada na UBS Francisco Constâncio da Silva, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos, do município de Rio Branco, Acre. A intervenção ocorreu durante 12 semanas, a mesma era para ser desenvolvida em 16 semanas, pero por decisão da Universidade, foi feita neste tempo (12 semanas), com o desenvolvimento de ações em quatro eixos: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Para o monitoramento da intervenção foi utilizado à ficha-espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso de especialização em Saúde as Família da UFPEL (Universidade Federal de Pelotas). Dos 271 usuários hipertensos e 75 usuários diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência do serviço de saúde, foram acompanhados no período da intervenção 229 (84,5%) usuário hipertenso e 50 (66,7%) usuário diabéticos. A intervenção propiciou a melhoria da qualidade da atenção prestada aos hipertensos e diabéticos, a partir da realização da capacitação da equipe, cadastramento dos usuários, monitoramento e registro dos atendimentos, atividades educativas, atendimento clínico, busca ativa dos usuários faltosos as consultas. Sendo assim, com o desenvolvimento destas ações podemos promover a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, diminuir o risco de complicações, gastos com medicação, transporte, internação hospitalar e mortalidade.

Palavras-chave: Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Saúde do Hipertenso e Diabético. Atenção domiciliar.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde dos hipertensos da área de abrangência da UBS Francisco Constâncio da Silva em Boa Vista Sobral, Rio Branco, AC. 2015.	50
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde da UBS Francisco Constâncio da Silva em Boa Vista Sobral, Rio Branco, AC. 2015.	51
Figura 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo da área de abrangência da UBS Francisco Constâncio da Silva em Boa Vista Sobral, Rio Branco, AC. 2015.	52
Figura 4	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo da área de abrangência da UBS Francisco Constâncio da Silva em Boa Vista Sobral, Rio Branco, AC. 2015.	52
Figura 5	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da área de abrangência da UBS Francisco Constâncio da Silva em Boa Vista Sobral, Rio Branco, AC. 2015.	53
Figura 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da área de abrangência da UBS Francisco Constâncio da Silva em Boa Vista Sobral, Rio Branco, AC. 2015.	54
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada da área de abrangência da UBS Francisco Constâncio da Silva em Boa Vista Sobral, Rio Branco, AC. 2015.	55
Figura 8	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa da área de abrangência da UBS Francisco Constâncio da Silva em Boa Vista Sobral, Rio Branco, AC. 2015.	57
Figura 9	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia da área de abrangência da UBS Francisco Constâncio da Silva em Boa Vista Sobral, Rio Branco, AC. 2015.	68

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS – Agente Comunitário de Saúde.

APS – Atenção Primária a Saúde.

AC – Estado do Acre.

CEO - Centro de Especialidade Odontológica.

DM – Diabete Mellitus.

DANT - Doenças e Agravos não transmissíveis.

ESF – Estratégia de Saúde da Família.

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica.

HIPERDIA – Hipertensão e Diabete.

MS - Ministério da Saúde.

MRPA - Medida Residencial da Pressão Arterial.

PSF- Programa de Saúde da Família.

PACs – Programa de Agente Comunitário de Saúde.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

SIS COLO – Programa de Prevenção de Câncer de Colo de Útero.

SIS MAMA – Programa de Prevenção de Câncer de Mama.

SUS – Sistema Único de Saúde.

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica.

TCC-Trabalho de Conclusão do Curso.

URAP- Unidade de Referência de Atenção Primária.

UFPEL - Universidade Federal de Pelotas.

USF – Unidade de saúde da família.

UBF - – Unidade Básica de saúde.

UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

VD – Visita Domiciliar.

Sumário

1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	16
3	Relatório da Intervenção.....	44
3.1	Ações Previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente:	44
3.2	Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente:	47
3.3	Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores:.....	48
3.4	Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra:	48
4	Avaliação da intervenção.....	49
4.1	Resultados	49
	Finalizada a Intervenção na Unidade de Saúde Francisco Constâncio da Silva e, no município de Rio Branco-AC, apresento os resultados alcançados ao longo de três meses de realização do Projeto de Intervenção em melhoria da saúde dos Diabéticos e Hipertensos.	49
4.2	Discussão.....	61
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	68
	Referências	69
	Anexos	70

APRESENTAÇÃO

Este documento refere-se ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). O trabalho está escrito em cinco capítulos: o primeiro contém a análise situacional da Equipe de Saúde da Família/ Atenção Primária a Saúde (ESF/APS) em que se desenvolveu o trabalho de intervenção; na sequência está descrita a análise estratégica que compreende a construção do projeto de intervenção; no terceiro capítulo consta o relatório da Intervenção onde apresentamos as ações previstas e desenvolvidas na intervenção, aspectos relativos à coleta e a sistematização dos dados e a incorporação das ações à rotina da Unidade Básica de Saúde Francisco Constâncio da Silva em Boa Vista Sobral; o quarto capítulo abarca a avaliação da intervenção com a descrição dos resultados da intervenção, discussão, e o relatório da intervenção para gestores e comunidade; para finalizar o trabalho apresentamos no quinto capítulo a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

1 Análise situacional.

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho na unidade básica de saúde Francisco Constâncio da Silva em Boa Vista Sobral, que está localizada no município Rio Branco, Estado Acre. O estado faz fronteiras com a Amazonas, a Rondônia, o Peru e na Bolívia. Ela é nova foi inaugurada neste ano. Trabalha uma equipe, que faz atendimento na comunidade de Baixada Sobral. Encontra se na zona periférica da cidade e está constituída por uma recepção, dois consultórios médicos, um consultório de enfermagem, uma farmácia, uma sala de vacinação, uma de curativo, uma de medicação, uma copa, uma sala de administração, um consultório de odontologia, um expurgo, um pequeno almoxarifado, e dois banheiros, com boas condições estruturais.

A UBS é toda climatizada, temos dois computadores conectados à internet. Fazemos as visitas domiciliares em carro, porque a população está dispersa. Atualmente ainda estamos trabalhando com os registros dos 2014, já estamos fazendo um novo cadastro da população.

A equipe está formada por uma médica, uma enfermeira e cinco Assistentes comunitárias de saúde (ACS). Temos uma cadeira odontológica e não temos odontólogo para fazer atendimento da população. A unidade tem uma assistente de higienização.

Até o ano de 2014 tínhamos uma população de 3045, 1850 famílias cadastradas e predomínio do sexo feminino. Tínhamos 271 com hipertensão arterial e 75 diabéticos. A equipe funciona adequadamente, fazemos seguimento de consultas agendadas e continuas programadas, visitas domiciliares, e outras atividades em equipe.

Esta área tem muita floresta, todas as ruas estão pavimentadas, com pouco predomínio de doenças respiratórias. As maiorias das casas são de cimento e tem sistema de drenagem das águas.

A equipe faz um trabalho educativo muito forte na população para que não vejam a unidade como um centro de curativo. Fazemos atendimento a muitas pessoas de outras áreas que dificulta seguimento das pessoas da área de abrangência.

Trabalhamos de segunda a sexta em dois turnos, das 40 horas semanais de trabalho, dispõe de oito para fazer a especialização.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Rio Branco, capital do estado do Acre, possui 363.928 habitantes segundo censo do IBGE no ano 2014, seu sistema de saúde é constituído por nove hospitais, quatro especializados e cinco gerais. A atenção básica conta com 59 unidade de saúde da família (USF). Além disso, o município dispõe de, dois Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), um centro de especialidades odontológicas (CEO), três unidades de pronto atendimento (UPA), dois prontos socorros (PS), unidade de referência de atenção primária de saúde Unidade de Referência de Atenção Primária (URAP), três centros de realização de exames laboratoriais, incluindo os exames de imagem, um laboratório de próteses dentário, um centro especializado em assistência farmacêutica, e um consultório na rua. O programa Mais Médico tem 142 profissionais no Acre, e deles 48 em Rio Branco. Com nossa chegada, o programa Mais Médicos, melhorou a atenção dos usuários de forma geral, e muito importante falhar que os encaminhamentos continuam demorados e ainda mais, já que netos momentos ficam completas as unidades de saúde e com um aumento do número de os encaminhamentos.

A UBS Francisco Constâncio da Silva de Boa Vista do Sobral encontra-se localizada na zona urbana periférica da cidade, bairro Sobral com uma equipe composta por cinco assistente comunitária de saúde (ACS), um enfermeiro, uma técnica em enfermagem, a médica e uma assistente de higienização.

A população total da área é de 3045 pessoas, com 1850 famílias, 1537 pessoas do sexo feminino e 1508 do sexo masculino, 789 mulheres de 12- 49 anos, 58 crianças de 0-1 ano, 97 menores de cinco anos, 20 grávidas, 271 usuários hipertensos e 75 usuários diabéticos.

A unidade para seu funcionamento conta com um consultório médico, um local para ações de enfermagem, um consultório de odontologia, um local para realizar os preventivos de câncer de colo de útero, uma sala para curativos, sala para e esterilização de materiais, sala de espera, recepção, um banheiro para usuários e outro para funcionários, uma sala de reuniões, sala de nebulização uma farmácia que tem a maioria dos medicamentos básicos necessários para atender a

demanda, todos os consultórios estão bem ventilados, possuem paredes lisas, climatizadas todas, a sala de lixo fica nos fundos da unidade, onde é classificado e removido pela prefeitura, diariamente.

Quanto às atribuições dos profissionais são cumpridas por toda a equipe de saúde, todos participam no mapeamento do território da área de abrangência, não fazemos atendimentos de urgência /emergência, já que o objetivo da equipe é a prevenção de saúde, o atendimento é feito de forma programada, algumas vezes acontece que chega um usuário com uma urgência e é atendido, mas se a urgência não é possível resolver na unidade encaminhamos a usuário para UPA/Pronto Socorro, tampouco podemos fazer pequenas cirurgias, por deficiência de material para fazer as mesmas, instrumental e de curativos, os locais onde nós trabalhamos são confortáveis, climatizados, com boa iluminação, tem boa privacidade. Fazemos atendimento em consultório e no domicílio, fazemos busca ativa de usuários. Fazemos ações programáticas, atividades de grupo, notificamos doenças e agravos; o gerenciamento de insumos é feito pelos funcionários, fazemos reuniões de equipe mensalmente. Temos como limitação a internet, que possui sinal muito fraco, falta de alguns medicamentos, há demora na chegada dos resultados dos exames complementares.

O acolhimento do usuário é realizado na recepção, em na sala de enfermagem/procedimentos, é realizado por o enfermeiro, a técnica /auxiliar de enfermagem e recepcionista. Considerando que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, este ato tem que ser feito com seriedade, com respeito, com ética fornecendo orientações claras para garantir uma rápida solução, além da demanda feita por o usuário. São realizados todos os dias de atendimento da UBS, em todos os turnos.

Os usuários solicitam consultas para o enfermeiro de planejamento familiar, exame de colo, pré-natal, puericultura. Em casos de problemas de saúde agudos, que precisem ser atendidos no dia, é feita a estratificação de risco e vulnerabilidade psicossocial e há o encaminhamento para o médico. Nossa Na UBS não há serviços especializados de odontologia, estes casos são encaminhados para URAP, outra unidade, CEO (centro de especialidade odontológica).

Em relação à atenção à saúde da criança, a consulta de puericultura é realizada pela médica e enfermeiro, com ampla disponibilidade de horários, se oferece seguimento a todas as crianças de acordo com os protocolos do Ministério

da Saúde, desenvolvendo ações para manter o cuidado da criança, classificando em grupos de risco, seguimento e atualização das vacinas, fazemos teste de pezinho, atividades grupais, planejamento de cada atendimento e agendamento da próxima consulta, também orientamos as mães sobre aleitamento materno exclusivo até os seis meses, como será sua alimentação após seis meses.

Em relação à avaliação de qualidade da atenção à saúde da criança, temos melhor resultado, já que em nossa unidade temos um total de 58 crianças menores de um ano, para um 95% cadastradas e residentes na área, com um estimado de 61 crianças menores de um ano, para um 95% de cobertura total, um 83% das consultas ao dia e um 17% das consultas atrasadas e, 100% vacinas atualizadas, todas com teste de pezinho e triagem auditivas ao dia, 100% de orientação de aleitamento materno exclusivo e para a prevenção de acidentes, temos que trabalhar em fazer busca das crianças faltosas e incorporar a nutricionistas, pediatras. Quanto às crianças de um a seis anos, temos estimativa de 122 na área, no entanto, não há cadastramento na UBS desta população e as consultas acontecem apenas por demanda espontânea, sem seguimento de protocolo.

Em minha unidade não são captadas todas as gestantes no primeiro trimestre, nem todas as puérperas, mas estamos trabalhando para mudar isto, as mulheres não prestam muita atenção ao planejamento familiar, para evitar os abortos e outras coisas. O cadastramento das grávidas e puérperas na atenção pré-natal permite saber quais recebem assistência de saúde e quantas não, em nosso município se dispõe de serviços integrados e regulados que garantiam a atenção pré-natal.

A cobertura pré-natal é de 44%, com um estimado de 45 grávidas, já que só fazemos atendimento a 20 cadastradas e não o 100% como deve ser, mas, além disso, eu acho que para iniciar é boa, temos que trabalhar, mas para alcançar o cadastramento total, também temos que avaliar o puerpério como ruim, porque as maiorias das mulheres seguidas até o parto ficam fora de área, porque buscam ajuda em familiares, só regressam a nossa área após 42 dias ou três meses, ou se mudam para outra localidade, mas temos que ser mais eficientes com as que ficam e seguir os protocolos, os quais agora tem mais valor. O objetivo de nos neste programa é alcançar 100% de cadastro de todas as grávidas, seu seguimento até o fim da gravidez, captação em tempo das puérperas, seu seguimento com qualidade

e encaminhamento das que troquem de comunidade para a outra equipe da área de abrangência.

Avaliando a cobertura de Prevenção do Câncer de Colo de Útero de muito boa já que temos um total 526 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para a prevenção do câncer de colo de útero, representando 82 % de cobertura, de elas 486 com exame citológico de câncer de colo de útero em dia, as mesmas foram avaliadas para o risco de câncer de colo de útero, e orientadas para a prevenção neste momento, não temos nenhuma mulher com câncer de colo de útero.

Em relação ao Controle do Câncer da Mama temos um total de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama de 147 com 97 % de cobertura. Temos um total de 113 mamografias em dia, todas estas mulheres foram avaliadas para risco deste câncer e orientadas sobre a prevenção do câncer de mama. Atualmente, não temos nenhuma mulher com mamografia alterada.

Em relação com o que a mulher precisa, as mesmas recebem um bom serviço da unidade, pois é feito rastreamento do câncer de colo mediante o exame de colo do útero, possuímos um arquivo específico para estas ações onde se agendam todas as mulheres em idade fértil que já tem relações sexuais, é feito o exame a cada três anos, e antes de este período aquelas que têm a critério do médico de suspeita de alguma lesão, benigna ou maligna. As agentes de saúde fazem a busca ativa de mulheres com exames atrasados ou positivos para patologia benigna ou maligna. Estas últimas são encaminhadas para melhor seguimento e recebem apoio psicológico ao usuário e seus familiares. Enfim, a unidade todo o trabalho está muito organizado e feito em conjunto por todos os integrantes da equipe de saúde.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus são doenças propriamente, mas elas são também fator de risco para as doenças cardiovasculares, insuficiência renal e outras, por isso na nossa UBS mantêm ações educativas sobre alimentação saudável, prática de atividades física, evitar tabagismo e consumo de álcool, incentivamos usuário fazer o tratamento médico para evitar complicações. A área de abrangência tem uma população estimada de 271 HAS e 75 DM, e cadastrados 21 usuários diabéticos e 74 usuários hipertensos.

É de muito valor a avaliação do risco cardiovascular na consulta hipertensão e diabetes para sua valoração integral clínica, e de laboratório, das etapas evolutivas da doença assim como a prevenção de complicações a curtas e em longo prazo. Temos cadastrados todos os usuários, e fazemos pesquisa de hipertensão e diabetes, fazendo teste rápido para glicemia e toma de TA a todos os usuários atendidos em a UBS, os usuários são avaliados nutricional mente (por IMC), e indicados exames, para o diagnóstico e pesquisa das complicações.

O usuário tem atendimento continuado e em caso necessário se realiza encaminhamento as especialidades ou hospital. Os usuários bem a cada três meses na unidade para avaliação de sua medição e estado integral, os quais recebem avaliação médica o que resulta em bom acompanhamento, maior que o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS).

Em cada atendimento do grupo Doenças e Agravos não transmissíveis (DANT), que se realiza uma vez por semana, se oferece um tema educativo de interesse para eles, com relação a suas morbidades.

São muitas as doenças que afetam os idosos principalmente as cardiovasculares que ficam em primeiro lugar quanto a mortalidade, e em segundo lugar as doenças cérebro vasculares. Sendo assim, temos que respeitar e dar os cuidados necessários para que este grupo populacional tenha um envelhecimento adequado, e prepara-los para este processo natural e fisiológico, seja acolhidos por eles o melhor possível, dando apoio econômico, psicológico, social, evitando as barreiras arquitetônicas, tanto na vida em casa, como fora de casa, isto nos ajuda a estar preparados e atualizados em quanto a como devemos atuar, como prevenir as quedas, os maus tratos, e todas as doenças que apresenta se, as sequelas físicas, motoras, auditivas, visuais, sexuais, entre outras, podendo assim planejar ações para diminuir a mobilidade e mortalidade por doenças crônicas. Diminuir os fatores de risco, também capacitar todo o pessoal de saúde e cuida dores, familiares, criar e capacitar grupos de autoajuda.

O cuidado a pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde na Atenção Básica/Saúde da família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais, os usuários, são alguns dos recursos para atuação nas dimensões cultural e social.

Em minha UBS após a consulta, o usuário sai com o próximo compromisso agendado programado. Há demanda para os problemas de cuidados a idosos e

saúde aguda é da área de cobertura da UBS, mais não está em excesso. Fazemos elaboração e adequação de planos, projetos e diretrizes mediante cadastramento da população idosa, encaminhamos para serviços geriátricos, reabilitação para a redução de sequelas. Compartilhamos no cuidado de idosos: promover a atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos geral, fez diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, problemas de saúde mental, alcoolismo, obesidade e tabagismo. A promoção de um envelhecimento saudável é nossa premissa fundamental. Nós avaliamos a capacidade funcional global dos idosos.

O atendimento e cuidado dos idosos são registrados no prontuário e no registro de atendimento, a caderneta de saúde da pessoa idosa, caderno de atenção básica.

Temos um número de idosos residentes na área, de 189 para 97%, de cobertura o qual é adequado à realidade, já que temos 88% com caderneta de saúde. Acredito que minha unidade tem uma cobertura de saúde muito boa, com um 96 % de avaliação multidimensional, um 95 % de acompanhamento no dia.

Os indicadores da qualidade da atenção à Saúde da Pessoa Idosa melhoraram muito, temos um 44% de idosos com HAS, um 12% de usuário Diabéticos, só um 30 % de usuários frágeis.

Os aspectos do processo de trabalho que eu acho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos usuário idosos na UBS são: a utilização de promoção de atividades físicas regulares para evitar o acamamento, mediante os diferentes programas de televisão, rádio, educar a população em melhorar a forma de tratar as pessoas idosas, promover hábitos alimentares saudáveis, e manter o mais ativo possível às pessoas idosas, facilitando tarefas que eles possam cumprir.

Nas consultas incluímos o exame bucal, para olhar se tem caries ou abscesso molar, gengivites para encaminhar á URAP onde ficam vagas para o atendimento das unidades que não tem odontólogo e os usuários do campo, logo eles enviam o paciente com o tratamento para a unidade.

Acho que a fortaleza maior de minha unidade é o pessoal, todos nós trabalhamos juntos com os recursos disponíveis pela secretaria de saúde, com uma estrutura confortável, sem barreiras arquitetônicas, fazemos atendimento sem distinção de raça, sexo ou idade. Tentando melhorar os indicadores de fragilidade

dos idosos que é o mais baixo, aumentando o cadastro das grávidas e puérperas até chegar a 100%, assim como cadastrar toda a população de HAS e diabéticos, incluindo os idosos e todas as doenças de maneira geral, não temos odontólogo, mesmo assim pesquisamos os problemas odontológicos e os encaminhamos.

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

Quando finalizei este relatório conheci tudo de minha unidade, sua estrutura, a disponibilidade de recursos humanos e materiais, como todas as dificuldades no acolhimento e atendimento entre outras coisas, delas que não teria conhecido se não fosse pelas tarefas, do trabalho no campo da unidade e da especialização de saúde da família. A realização do relatório nos ajuda a fazer um bom diagnóstico da unidade, e a planejar ações para o cumprimento das dificuldades encontradas, de curto, médio e longo prazo, assim como os responsáveis por cada uma delas. E analisando de forma comparativa os dois textos, pude perceber aspectos que antes eram desconhecidos como, porque não temos atendimento odontológico, como fazer para obter esse atendimento para os usuários, pude adquirir mais conhecimentos sobre atividades desenvolvidas. Até o momento a participação no curso gerou a mobilização nos gestores e cinco profissionais de saúde, pois ocorreram mudanças no atendimento da unidade.

A equipe tem como desafios melhorar a qualidade de saúde de toda população da área abrangência, a situação epidemiológica, baseando-nos na base fundamental da medicina comunitária, que é a promoção e prevenção de saúde. Desde que mais médico chegou a Rio Branco todos os indicadores de saúde mudaram, melhorando muito até agora, acho que este relatório nos permite olhar como foi à melhoria e que temos ainda que mudar para o bem da população.

2 Análise Estratégica

1. Justificativa:

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são doenças altamente prevalentes e representam um sério problema de saúde pública, especialmente em decorrência das suas complicações crônicas (BRASIL, 2013). Entre elas, as doenças cardiovasculares, que são a principal causa de morbidade e mortalidade na população brasileira.

Investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos decorrentes da mesma, sobretudo quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da medicina atual.

Estas duas doenças também representam dois dos principais fatores de risco, por isso a necessidade de trabalhar neste foco de intervenção, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações; quando não, retardam a progressão das já existentes e as perdas delas resultantes.

A UBS Boa Vista do Sobral encontra-se localizada na zona urbana periférica da cidade, com uma equipe de saúde composta por cinco agentes comunitárias de saúde (ACS), um enfermeiro, uma técnica em enfermagem e uma médica. A população total da área é de 3045 pessoas, com 1850 famílias, e estimativa de 271 usuário hipertensos e 75 usuários diabéticos. A unidade tem a infraestrutura necessária ao funcionamento, possui os recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para o serviço.

Quanto aos indicadores da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos temos como cobertura 51% de HAS, 73% de risco cardiovascular realizado, 76% de exames complementares em dia, e para diabetes 49% de cobertura, 72% de risco cardiovascular realizado, 75% de exames complementares em dia.

O foco de intervenção na população de usuários hipertensos e diabéticos é importante neste contexto, buscando o propósito de mudança do estilo de vida e da qualidade de vida da população da área, atuando sobre os fatores de risco e reduzindo os que possam ser modificados (dislipidemia, obesidade, o sedentarismo, entre outras).

Temos como facilidades o trabalho em equipe, as condições estruturais da unidade, a disponibilidade de recursos humanos e materiais, o apoio dos gestores.

Dispomos de internet na unidade, o que facilita o cadastro dos usuários, podemos fazer as ações de promoção e prevenção, realizar consultas de hipertensão e diabetes em todos os turnos e todos os dias da semana. Nossa dificuldade é a equipe incompleta, já que não temos odontologia, nem técnico em odontologia, o que dificulta o trabalho de saúde bucal.

Esta intervenção pretende ampliar o contato com a comunidade, melhorando os indicadores de qualidade desta ação programática, para melhorar atenção de saúde da população, conquistando a integralidade, universalidade e participação social, princípios do SUS.

2- Objetivos e Metas

2.1 Objetivos Gerais. Melhorar a qualidade da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde Boa Vista Sobral, município de Rio Branco, Acre.

2.2 Objetivos específicos:

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

2.3 Metas

Em relação ao objetivo específico 1.

Para alcançar o objetivo específico 1- ampliar a cobertura da atenção aos usuários diabéticos e hipertensos da área de abrangência da UBS Boa Vista Sobral

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

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

Em relação ao objetivo específico 2- Melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Meta 2.4. Garantir a 100% dos usuários 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 usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Em relação ao objetivo específico 3.

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

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

Em relação ao objetivo específico 4.

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

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

Em relação ao objetivo específico 5

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

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

Em relação ao objetivo específico 6.

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

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

3-Metodologia.

Este projeto de intervenção terá a duração de quatro meses, a população alvo será os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS Boa Vista Sobral, Rio Branco- AC. Toda a equipe de saúde atuará no projeto.

Para atingir as metas 1.1 e 1.2 de cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e cadastrar 80% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, propomos as seguintes ações nos quatro eixos:

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O número de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, será monitorado pela médica, e a equipe de saúde mensalmente, através da

ficha e planilha de coleta de dados fornecidos pela coordenação pedagógica desta instituição de ensino (UFPEL).

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: A médica garantirá o registro dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa solicitando aos profissionais da unidade o preenchimento dos dados do usuário nos registros (ficha, o e planilha de coleta de dados), visando cadastrar o maior número possível durante o período de quatro meses.

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

Detalhamento A equipe de saúde e a médica diariamente melhorarão o acolhimento para os usuários portadores de HAS e diabetes, através da liberação de consultas na agenda, motivando-os a aderir ao tratamento, bem como sua importância para diminuir suas complicações.

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais da equipe, a médica informará à coordenadora da unidade, para garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste na UBS, será informada ao gestor do município a necessidade deste material para o atendimento a estes usuários.

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: A médica e sua equipe básica de saúde, diariamente nas consultas e visitas domiciliares, realizaram palestras e colocaram murais sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, e sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: A médica e sua equipe básica de saúde, diariamente, nas consultas e visitas domiciliares, informarão a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

Detalhamento: A médica e sua equipe básica de saúde, diariamente nas consultas e visitas domiciliares, orientaram a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Na reunião mensal da equipe de saúde a médica e enfermeiro, capacitarão os ACS para o cadastramento de usuários hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Para atingir as metas de 2.1 Realizarmos exame clínico apropriado em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos faremos as seguintes ações:

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: A médica, diariamente, monitorará realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos, e diabéticos conforme a padronização estabelecida.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Na reunião mensal da unidade a médica e a coordenadora, definiram as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos, e diabéticos.

Engajamento público:

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

Detalhamento: A médica orientará diariamente em palestras educativas os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos, e diabéticos.

Detalhamento: A médica mensalmente durante as reuniões capacitará a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, e com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: A médica e enfermeiro, diariamente monitorarão o número de usuários hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, e com a periodicidade recomendada.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Durante as reuniões mensais de equipe a médica, organizara a capacitação aos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Durante as reuniões de equipe mensalmente a coordenadora estabelecerá periodicidade para atualização dos profissionais através de educação continuada.

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

Detalhamento: Na reunião mensal da equipe a coordenadora disponibilizará de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: A médica e o enfermeiro diariamente garantirão a solicitação e agendamento dos exames complementares, os quais estão disponíveis no laboratório.

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

Detalhamento: A coordenadora diariamente garantirá com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: A coordenadora do projeto (médica) alimentará o SIAB semanalmente, e elaborará um registro junto com a equipe para acompanhamento dos usuários que possa estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Engajamento público:

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

Detalhamento: A médica e o enfermeiro orientarão os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: A coordenadora e a médica, mensalmente nas reuniões, capacitarão a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento dos usuários hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Nas reuniões de equipe mensal a médica realizará atualização do profissional no tratamento dos usuários hipertensão e diabetes.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: O monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular será realizado semanalmente pela coordenadora da unidade, através de um registro específico que será utilizado pelos funcionários da farmácia.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: A coordenadora solicitara mensalmente aos funcionários de farmácia realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

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

Detalhamento: A coordenadora solicitara mensalmente aos funcionários de farmácia manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Engajamento público:

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

Detalhamento: A coordenadora e os funcionários de farmácia diariamente orientaram os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: A coordenadora e a médica nas reuniões mensais, capacitaram a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Para atingir as metas de objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Monitorar pela médica o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Semanalmente, a médica revisará os prontuários, fichas e agenda a fim de verificar possíveis usuários faltosos às consultas.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os usuários faltosos.

Detalhamento: Organizar pela médica e a coordenadora semanalmente visita domiciliares para buscar os usuários faltosos.

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

Detalhamento: Organizar a agenda pela médica e a coordenadora semanalmente para acolher os usuários hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Engajamento público:**Ação**

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento:

Fazer palestras educativas diariamente pela médica e ACS para informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

Detalhamento: Toda a equipe levará estas informações nas visitas domiciliares, consultas médicas diárias assim como a realização de encontros semanais para também ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários portadores de hipertensão e diabetes.

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

Detalhamento: Realizar diariamente na consulta e nas visitas domiciliares atividades educativas pela médica e a equipe de saúde para esclarecer aos usuários

portadores de hipertensão e diabetes, e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Mensalmente nas reuniões da equipe, capacitar pela médica os ACS para a orientação de usuários hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Para atingir as metas de objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Mensalmente a coordenadora monitorara a qualidade dos registros de usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Mensalmente a coordenadora manterá as informações do SIAB atualizadas.

Ação: Implantar a ficha de espelho (disponível 346).

Detalhamento: A médica e equipe de saúde implantará e monitorará diariamente a ficha de espelho.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Semanalmente se pactuará com a equipe e a médica o registro das informações, revisando os livros e prontuários.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Nas reuniões da equipe semanais, selecionaram uma pessoa responsável pelo monitoramento dos registros.

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: Mensalmente a equipe colocara uma fita vermelha no prontuário 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.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Nas consultas médicas diariamente e por meio de ações educativas os usuários e a comunidade serão orientados pelos profissionais da UBS sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Em reunião mensal com equipe de saúde a coordenadora capacitara à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários hipertenso e diabético.

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

Detalhamento: A médica mensalmente capacitara a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Para atingir as metas de objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O monitoramento do número de usuários hipertensos e diabéticos pela médica com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano será realizada através da consulta aos registros (ficha espelho e planilha de coleta de dados).

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Será priorizado semanalmente pela equipe da unidade o atendimento dos usuários considerados de alto risco. Para isso fichas estarão disponíveis por dia.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: As ACS semanalmente organizaram a agenda para o atendimento desta demanda e a recepção.

Engajamento público:

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

Detalhamento: A equipe e a médica orientaram diariamente os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

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

Detalhamento: A equipe diariamente nas consultas e visita domiciliar esclarecera aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

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: Nas reuniões mensais a médica capacitara a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais a médica e a coordenadora capacitaram a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais a médica capacitara a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais a médica capacitara a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

Para atingir as metas de objetivo 6. Promover a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O monitoramento quanto à realização de orientação nutricional aos usuários hipertensos e diabéticos será realizado através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados pela equipe diariamente.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: As práticas coletivas sobre alimentação saudável serão realizadas pelos profissionais da unidade em espaços públicos para acesso de toda a comunidade, mensalmente.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Diariamente nas consultas médicas, visitas domiciliares, e por meio de ações educativas serão orientados hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, pelos profissionais da equipe.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais, capacitar a equipe da unidade de saúde, pela médica sobre práticas de alimentação saudável.

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais, capacitar a equipe da unidade de saúde, pela médica sobre metodologias de educação em saúde.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O monitoramento da realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos, será realizada através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados pela equipe diariamente.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: As práticas coletivas sobre alimentação saudável serão realizadas pelos profissionais da unidade em espaços públicos para acesso de toda a comunidade; se solicitara ao gestor parcerias institucionais, para envolver nutricionistas nestas atividades de práticas educativas mensalmente.

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: As práticas coletivas para orientação de atividade física serão realizadas pelos profissionais da unidade em espaços públicos para acesso de toda a comunidade mensalmente.

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

Detalhamento: Mensalmente o coordenador deve demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade

Engajamento público:

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

Detalhamento: Diariamente nas consultas médicas, visitas domiciliares, e por meio de ações educativas serão orientados os usuários hipertensos e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física regular pelos profissionais da equipe.

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

Detalhamento: Diariamente nas consultas médicas, visitas domiciliares, e por meio de ações educativas serão orientados os usuários diabéticos e seus

familiares sobre a importância da prática de atividade física regular pelos profissionais da equipe.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais, capacitar a equipe da unidade de saúde, pela médica sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O monitoramento da realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários hipertensos será realizado através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados pela equipe diariamente.

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

Detalhamento: O monitoramento da realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários diabéticos será realizado através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados pela equipe diariamente.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Mensalmente o coordenador deve demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

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

Detalhamento: A médica e o enfermeiro devem organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Diariamente nas consultas médicas, visitas domiciliares, orientar os usuários hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo pelos profissionais da equipe.

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

Detalhamento: Diariamente nas consultas médicas, visitas domiciliares, orientar os usuários diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo pelos profissionais da equipe.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais, capacitar a equipe da unidade de saúde, pela médica para o tratamento de usuários tabagistas.

A fim de atingir a meta de garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O monitoramento da realização de orientação sobre higiene bucal dos usuários hipertensos será realizado através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados das consultas. Não dispomos de odontólogo, então, serão coletadas do odontólogo da outra equipe.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: A médica da UBS organizará tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Nas consultas, visitas domiciliares, orientar os usuários hipertensos, e seus familiares sobre a importância da higiene bucal. Será realizada pela médica e enfermeira, pois não dispomos de odontólogo na equipe.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais com a equipe de saúde, capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Para garantir a orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O monitoramento da realização de orientação sobre higiene bucal dos usuários diabéticos será realizado através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados nas consultas.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: A médica da UBS organizará tempo médio de consultas passível de garantir orientações em nível individual.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Nas consultas, visitas domiciliares, orientar os usuários diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais com a equipe de saúde, capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal. Será realizada pelo dentista da unidade.

3.2 Indicadores

Os indicadores deste projeto que serão observados e avaliados para garantir o monitoramento e alcance das metas:

Para alcançar a meta de cadastrar 80% dos usuários hipertensos da área de abrangência da UBS.

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

Numerador: Número de usuários 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 usuários hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção aos usuários diabéticos na unidade de saúde:

Numerador: Número de usuários 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 usuários diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 3- Proporção de usuários hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa:

Numerador: Número de usuários hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

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

Indicador 4- Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa:

Numerador: Número de usuários diabéticos faltosos à consulta médica com busca ativa.

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

Indicador 5- Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo:

Numerador: Número de usuários hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Indicador 6- Proporção de usuários diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo:

Numerador: Número de usuários diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Indicador 7- Proporção de usuários hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo:

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

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

Indicador 8- Proporção de usuários diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo:

. Numerador: Número total de usuários diabéticos com exame complementar em dia. Denominador: Número total de usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 9- Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

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

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

Indicador 10- Proporção de usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular:

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

Denominador: Número de usuários diabéticos com prescrição de medicamentos.

Indicador 11- Proporção de usuários hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento:

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

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

Indicador 12-Proporção de usuários diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento:

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

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

Indicador 13- Proporção de usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Indicador 14- Proporção de usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular:

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

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

Indicador 15- Proporção de hipertensos com avaliação odontológica:

Numerador: Número de usuários hipertensos que realizaram avaliação odontológica. Denominador: Número de usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 16- Proporção de usuários diabéticos com avaliação odontológica:

Numerador: Número de usuários diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

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

Indicador 17- Proporção de usuários hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável:

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

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

Indicador 18- Proporção de usuários diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável:

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

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

Indicador 19- Proporção de usuários hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular:

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

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

Indicador 20- Proporção de usuários diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular:

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

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

Indicador 21- Proporção de usuários hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo:

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

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

Indicador 22- Proporção de usuários diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo:

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

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

3.3. Logística

Para realizar a Intervenção com foco na atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, serão adotados os protocolos de hipertensão arterial e diabetes mellitus do Ministério da Saúde, de 2013, o qual será providenciado fotocópias, ficando disponível na unidade. A intervenção terá previsão de início para março de 2015, com duração de quatro meses.

Os dados dos usuários serão colhidos da ficha espelho anexada no prontuário clínico, onde deverão estar os dados pessoais como, nome, idade, cor da pele, sexo, hábitos tóxicos, controle de tratamento, tipo de tratamento, regularidade de tratamento, antecedentes patológicos familiares, e acompanhamento, exame clínico apropriado, estratificação de risco, exames complementares em dia, fornecimento de medicamentos prescritos, lesões em órgãos alvo, com orientações para alimentação saudável, sobre risco de tabagismo e álcool, usuários com atraso de consulta e faltosos, para atividade física regular, e outras informações da anamnese. Solicitaremos ao gestor municipal que imprima cópias da ficha-espelho, serão necessárias para o acompanhamento 346 fichas de Doenças e Agravos não transmissíveis (DANT), elas terão arquivo próprio, para facilidade de acesso e monitoramento.

A equipe de saúde realizará na unidade o cadastro do usuário hipertenso e/ou diabético, e na visita domiciliar pelos agentes comunitários de saúde. Todos os dias as ACS realizarão visitas domiciliares e duas vezes na semana, pela tarde a médica participará destas visitas, (com prioridade aos usuários com doenças

descontroladas, acamados, cadeirantes). A coordenadora de saúde da UBS solicitará ao gestor o fornecimento de cópias das fichas para o cadastramento e acompanhamento.

O acolhimento aos usuários hipertensos e diabético será realizado por todos os profissionais da equipe, que serão capacitados pela médica nas reuniões semanais, para a adoção do protocolo do MS. Diariamente, será feita a medida de PA na sala de recepção. A unidade dispõe dos materiais para aferição adequada de PA e glicemia capilar (glicofitas em quantidade suficiente, glicômetro, fita métrica, tensiômetros), os quais são repostos e calibrados pela gestão municipal anualmente.

Semanalmente, realizaremos um levantamento dos atendimentos dos usuários hipertensos e diabéticos nos registros, a fim de identificar os usuários faltosos a consultas para que seja realizada a busca ativa. A busca ativa aos faltosos será feita pelas ACS nas visitas domiciliares. Os atendimentos clínicos serão realizados pela médica da equipe e as informações coletadas serão consolidadas em uma planilha eletrônica. Os usuários com estas doenças terão prioridade no agendamento, com maior disponibilização de horário.

O monitoramento semanal será realizado pela enfermeira e médica através da ficha-espelho e prontuário do usuário. As atribuições dos profissionais estão definidas no protocolo de hipertensão e diabetes pelo Ministério da Saúde e serão repassadas durante as capacitações que ocorrerão nas reuniões semanais. O médico solicitará os exames complementares previstos no protocolo em todas suas consultas, os quais serão realizados no laboratório do município e os resultados obtidos em tempo adequado. Para isso, a médica irá monitorar se o serviço se mantém adequado, ouvindo os usuários e observando a data de retorno dos resultados. Os usuários sairão da consulta com o retorno agendado.

Na unidade temos disponibilidade e estoque de medicamentos suficiente para o programa Doenças e Agravos não transmissíveis (DANT), também trocamos receitas de muitos usuários que usavam medicamentos que não estavam disponíveis na rede de saúde e são muitos custosos nas redes privadas.

O médico será responsável pela qualificação da prática clínica dos membros da equipe, a mesma ocorrerá nas três primeiras semanas e depois nas reuniões mensais da equipe, realizada no consultório de enfermagem, com duração de duas horas. Discutiremos o protocolo, após ter sido lido pelos integrantes da equipe. Disponibilizaremos cópias para todos os integrantes.

As ações de promoção de saúde, relacionadas com as orientações sobre atividade física regular, alimentação saudável, álcool, riscos do tabagismo, é parte das atividades educativas diárias individuais da médica e da enfermeira na atenção aos usuários. (Realizaremos capacitações da equipe para fazer promoção e prevenção nas visitas domiciliares, na recepção da unidade, e na comunidade.).

As atividades de grupo serão feitas na recepção da unidade, onde serão discutidos os temas tabagismo, alimentação saudável, álcool, orientações sobre saúde bucal, prática de exercício regular, importância do acompanhamento destas doenças crônicas e suas possíveis complicações, importância do exame clínico e o acompanhamento com os exames complementares, também o rastreamento para diabetes ou hipertensão em usuários que tenham uma ou as duas doenças, explicar aos familiares a importância do acompanhamento dos mesmos para o usuário: como irmãos, pais, filhos e outros. Orientar os fatores de riscos que podem se modificar. Necessitaremos para estas atividades de folhas, canetas e folders. A médica solicitará a gestora este material. Nas planilhas e prontuários será anotada a participação dos usuários.

A médica, semanalmente monitorará e avaliarão todas estas ações, utilizando as planilhas eletrônicas do curso e o computador da unidade. Verificará e avaliará o preenchimento correto dos prontuários e das fichas espelho e criará alerta para a busca aos faltosos. Com a verificação destas ações poderemos monitorar e avaliar os indicadores propostos e verificar se estamos no caminho certo com esta intervenção.

3 Relatório da Intervenção

Na unidade Francisco Constâncio da Silva desenvolveu-se a intervenção com foco em Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, tomando como base o protocolo do Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão e Diabetes, 2013), esta teve a duração de 12 semanas, com início em março e término em junho. Para o cumprimento dos objetivos propostos diversas ações foram desenvolvidas em quatro eixos: qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e gestão, as quais serão detalhadas agora.

3.1 Ações Previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente:

Nas duas primeiras semanas houve um período de chuva intensa em nosso município que culminou em alagações dificultando a presença dos usuários na unidade pelas ruas que ficaram intransitáveis, a unidade teve que fechar porque estava cercada de água e todos os moradores foram abrigados em escolas.

Em cada diário semanal foi sendo resumida nossa intervenção, às vezes com alguns problemas para alcançar o atendimento dos usuários Hipertensos e Diabéticos, mais sempre tendo em conta a disposição dos membros da equipe na busca ativa destes, onde as ACS estiveram mais envolvidas. Nas primeiras quatro semanas fizemos a capacitação dos funcionários para o protocolo do MS nas reuniões de equipe; para um melhor trabalho nossa coordenadora dispôs de versão atualizada do mesmo, impresso na unidade de saúde.

Para qualificar a prática clínica houve capacitação da equipe para o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos e das ACS na busca dos usuários com estas doenças que não estão realizando acompanhamento em nenhum lugar de saúde, assim como treinamento das ACS e da equipe para a orientação dos usuários hipertensos e diabéticos quanto à realização das consultas e sua periodicidade. Para isso, foram realizadas capacitações nas duas primeiras reuniões da equipe, nas quartas-feiras de tarde após o atendimento, estas orientações foram reforçadas nas reuniões mensais da equipe. As ACS foram orientadas sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos usuários hipertensos e diabéticos acamados ou com problemas de locomoção.

Estabelecemos a função de cada profissional na intervenção, criamos e organizamos o registro individual e coletivo destes usuários (HAS e DM), assim como fizemos o cadastro e a ficha de espelho deles. Também trabalhamos para melhorar o acolhimento para os usuários em estudo, através da liberação de consultas na agenda, motivando-os a aderir ao tratamento, bem como sua importância, visando diminuir as complicações. Neste período monitoramos o número de usuários com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e com a periodicidade recomendada.

Nas reuniões mensais da equipe, solicitei à coordenadora da unidade a garantia de material adequado para a tomada da medida da pressão arterial, esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, e para realização do hemoglicoteste na UBS, também foi informado o gestor do município a necessidade deste material para o atendimento a estes usuários.

Houve capacitação da equipe para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e para a orientação nutricional específica para os usuários hipertensos e diabéticos, assim como para a verificação da glicose capilar, tudo de acordo com critérios de referência das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão e Diabetes (2010) e o Caderno de Atenção Básica para Hipertensão e diabetes (2013).

O registro dos usuários hipertensos cadastrados no Programa foi garantido através de prontuário clínico e odontológico, ficha espelho e o cartão (caderneta) do hipertenso e diabético e também para fornecer orientações para a comunidade das alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular dos usuários do grupo de Doenças e Agravos não transmissíveis (DANT).

O acolhimento foi feito para os usuários portadores de hipertensão e diabetes todos os dias na área da recepção com participação de todos os membros da equipe, explicamos aos usuários, familiares e outros membros da comunidade sobre a importância de medir a PA a partir dos 18 anos, (uma vez no ano), sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM.

Para o fortalecimento do engajamento público e para melhorar a qualidade do projeto agendamos dois turnos semanais, as ACS fizeram esclarecimento à comunidade em suas visitas domiciliares, as quais ocorriam diariamente, sobre a importância dos usuários hipertensos e diabéticos realizarem acompanhamento

periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde, utilizando as orientações realizadas nas reuniões de equipe, o enfermeiro, a médica, além de haver consultas disponíveis diariamente para este grupo e de reagendar os faltosos, ou planejar visitas no domicílio e falar sobre a existência deste.

Estas atividades de engajamento foram desenvolvidas de acordo com o planejado, tendo algumas dificuldades pelas alagações, de ausência do pessoal na reunião de capacitação porque três delas foram afetadas na enchente. Mais isso ficou resolvido porque a informação foi dada a um número representativo dos profissionais e depois foi repassado para a comunidade. A principal dificuldade encontrada foi a de que não temos odontólogo, os usuários que precisam atendimento têm que se movimentar para URAP (unidade de referência atenção primária) Hidalgo de Lima, a mesma unidade foi fechada pela alagação e os usuários foram atendidos longe no Barral Barral, mais ou menos de oito-nove km.

No eixo de monitoramento e avaliação foi monitorada a cobertura e cadastro dos hipertensos e diabéticos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente, esta ação foi realizada pela médica, utilizando da planilha de coleta de dados. O número de hipertensos e diabéticos acamados ou com problemas de locomoção e a realização de visitas domiciliares a eles também foi monitorada.

As médicas em conjunto com a equipe de saúde nestes três meses fizeram um cadastramento dos usuários através da ficha e planilha de coleta de dados fornecidos pela coordenação pedagógica desta instituição de ensino, diariamente nas consultas e visitas domiciliares, realizamos palestras e colocamos murais sobre a existência do programa, também informamos a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, e sobre a importância do rastreamento destas doenças.

Para mapear os usuários hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular foi realizada a estratificação de risco cardiovascular através de fatores de risco e/ou lesões de órgão alvo e uso do score de Framingham (2008) para realizar o diagnóstico oportuno e o encaminhamento a atenção secundária, além de estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis e também são orientados sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e riscos do tabagismo e alcoolismo.

Orientamos os usuários e a comunidade em quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, e sobre a

importância do cuidado dos pés, especialmente nos usuários diabéticos, assim como a palpação dos pulsos e avaliar a sensibilidade das extremidades periodicamente.

Realizamos em conjunto com a equipe e a coordenadora, múltiplas visitas domiciliares para usuários com esta doença que não podem vir à unidade (acamados e outros); também fizemos na consulta e nas visitas domiciliar atividades educativas esclarecer aos portadores das doenças, e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

A coordenadora monitora a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde e mantém atualizado o sistema de informação de atenção básica (SIAB).

Durante o exame clínico, foi avaliado e classificado o risco cardiovascular, o dano nos órgãos alvos e esclarecido aos usuários e a comunidade à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação), a realização de orientação para atividade física regular, orientação sobre riscos do tabagismo, orientação sobre higiene bucal para os usuários, familiares e a comunidade toda.

3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente:

A equipe não teve o apoio da secretaria de saúde e do gestor para um lanche na unidade, para promover a atividade planejada com o grupo de Doenças e Agravos não transmissíveis (DANT) e seus familiares, onde explicaríamos quais são os alimentos que podem consumir os usuários hipertensos, quais os usuários diabéticos, as diferenças entre doenças, quantas refeições tem o usuário diabético em o dia e a dieta que deve ter um usuário hipertenso/ diabético, os benefícios de realizar mudanças no estilo de vida para modificar os fatores de risco. Eles falaram que não estava o recurso disponível no momento, mas nunca tiveram (a secretaria de saúde), mesmo assim houve grupo, participando 36 usuários.

As maiorias das ações estão acontecendo segundo o planejamento feito no início da intervenção, exceto a consulta odontológica já que não temos odontólogo em nossa equipe, a secretaria de saúde falou que vai ter na unidade nova, a unidade já foi inaugurada e o odontólogo ainda não foi contratado, os usuários têm que ir até outra unidade, ou URAP, para conseguir este atendimento.

A agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo é muito demorada, o resultado chega após um mês em média e às vezes até mais, além disso, em algumas ocasiões o fornecimento dos reativos químicos é deficiente.

Outra coisa que dificultou a realização do projeto foi à greve das ACS, na última semana não recuperamos os usuários faltosos, nem fizemos visita domiciliar, porque elas ainda estavam em greve.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores:

A dificuldade de nossa unidade é que só temos um computador disponível para realizar esta atividade e todas as outras atividades da unidade e também o sinal da internet é um pouco fraco, o que dificulta o trabalho, pelo que tivemos que realizar algumas atividades em horário extra e parte do trabalho na casa, ou no tablet e no meu computador, ainda assim não teve dificuldades para preencher a planilha.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra:

As ações que foram realizadas com sucesso foram possíveis de serem feitas no serviço, pelo trabalho da equipe, já as que dependem principalmente de recursos humanos e da gestão como a agilidade dos exames, o fornecimento de um acordo com as ACS de melhor salário para que elas finalizem a greve, e fornecimento de reativos químicos necessários, a contratação de profissionais como o odontólogo e seu técnico, e outro ACS para o micro área seis, não encontra se em nosso alcance, dependem da secretaria de saúde do município.

O engajamento público poderia ser melhorado com o aumento de recursos humanos em nossa UBS, assim como a responsabilidade da equipe para um atendimento integral a uma população de risco de doença como a população hipertensa e diabética que cada dia aumenta a morbimortalidade.

A atenção primária de saúde tem que seguir trabalhando em conjunto para solucionar todos os problemas encontrados, traçar planos e políticas para melhorar os indicadores junto à unidade, de acordo à complexidade dos problemas. Todas

estas ações já estão incorporadas e se continuaram acontecendo, independente da intervenção, a unidade está capacitada para continuar trabalhando com este grupo de Doenças e Agravos não transmissíveis (DANT)

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Finalizada a Intervenção na Unidade de Saúde Francisco Constâncio da Silva e, no município de Rio Branco-AC, apresento os resultados alcançados ao longo de três meses de realização do Projeto de Intervenção em melhoria da saúde dos usuários Diabéticos e Hipertensos.

1. Resultados relativos ao objetivo de ampliar a cobertura da atenção aos usuários hipertensos da área de abrangência da UBS Francisco Constâncio da Silva.

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

Indicador: Cobertura do programa de atenção aos usuários hipertensos da unidade de saúde.

Na unidade o cadastro dos usuários hipertensos foi realizado pouco a pouco com avanços e mudanças progressivas, conforme as consultas agendadas e estabelecidas pelas ACS para cada usuário. Na área tínhamos uma estimativa de 271 usuários hipertensos e 75 usuários diabéticos na área de abrangência.

Foram cadastrados no primeiro mês 60 (22,1%) usuários hipertensos, sendo que a população de nossa área nesse período foi atingida por uma grande inundação (a maior em um período de 10 anos), com ela apresentaram-se muito casos de doenças agudas, como leptospirose, dengue e outras, com maior incidência que em outros anos, a morte de uma pessoa por leptospirose, agravamento de outras por dengue, deixou a população com muito medo e lotaram as unidades procurando atendimento de urgência, isso acabou atrapalhando nossa intervenção.

No segundo mês foram cadastrados 143 usuários hipertensos, para um 52,8%, da área de abrangência, no terceiro foram cadastrados 229 usuários hipertensos, para 84,5% de cobertura.

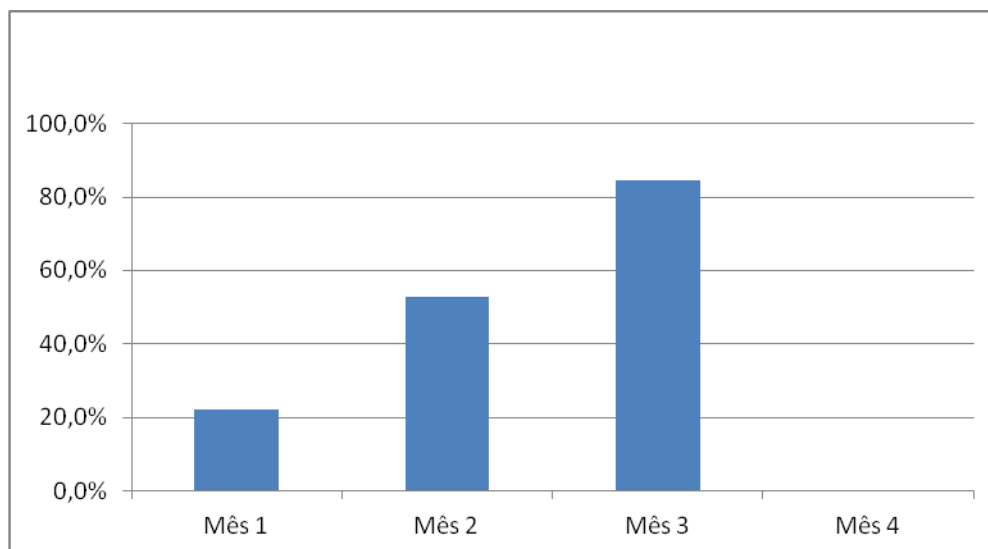


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde dos hipertensos da área de abrangência da UBS Francisco Constâncio da Silva de Boa Vista Sobral, Rio Branco, AC. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde.

Na unidade o cadastro dos usuários diabéticos foi realizado pouco a pouco com avanços e mudanças progressivas, em concordância com as consultas agendadas e estabelecidas pelas agentes comunitárias de saúde para cada usuário.

Foram cadastrados 12 usuários diabéticos no primeiro mês, representando 16,0%, no segundo mês 32 usuários diabéticos foram cadastrados, 42,7% da área de abrangência e no terceiro foram cadastrados 50 usuários diabéticos (66,7%). Os cadastros foram feitos através de prontuário clínico e odontológico, ficha espelho e a caderneta do hipertenso e diabético, fornecido e garantido pela gestora e a secretaria municipal de saúde, porém a dificuldade que tivemos foi que só temos um computador na unidade toda, o sinal de internet é muito fraco, por isso tivemos que fazê-lo em horário extra e na casa com meu computador.

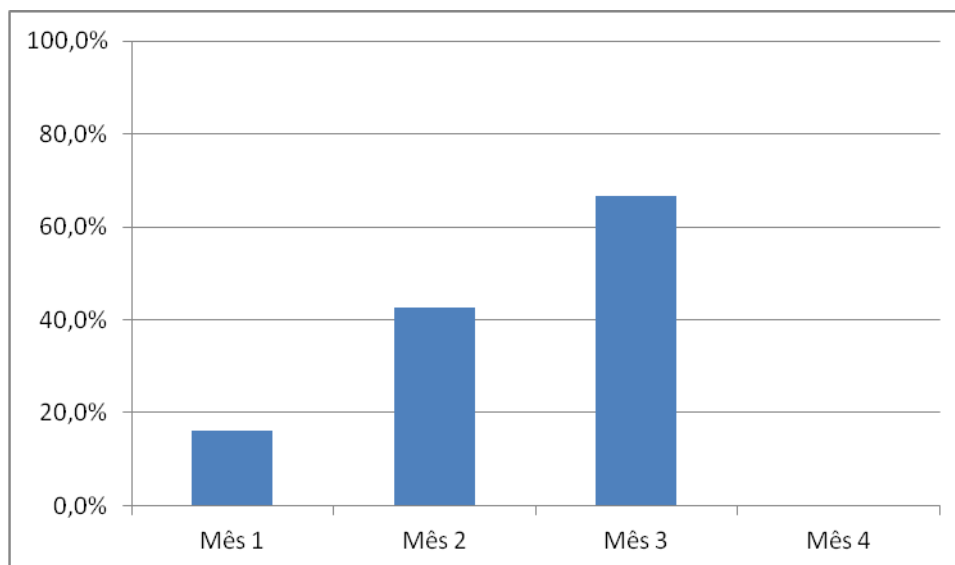


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde da UBS Francisco Constâncio da Silva de Boa Vista Sobral, Rio Branco, AC. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados

2. Resultados relativos ao objetivo. Realizar exame clínico apropriado para os usuários hipertensos.

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

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

Em relação à proporção dos usuários hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo observou-se que foi realizado no primeiro mês o exame clínico em 60 usuários hipertensos (100%), já no segundo em 142 (99,3%), no terceiro mês em 223 (97,4%). Não conseguimos atingir o 100% dos exames clínicos porque 7 os usuários idosos que não quiseram ser examinados, mesmo falando da importância deste. Apesar disso houve um bom trabalho de conscientização, mas faltou um pouco mais, porque a população em que eu trabalho é de baixo nível cultural e não entendem muito sobre cuidar sua saúde, e tem vergonha de mostrar o corpo.

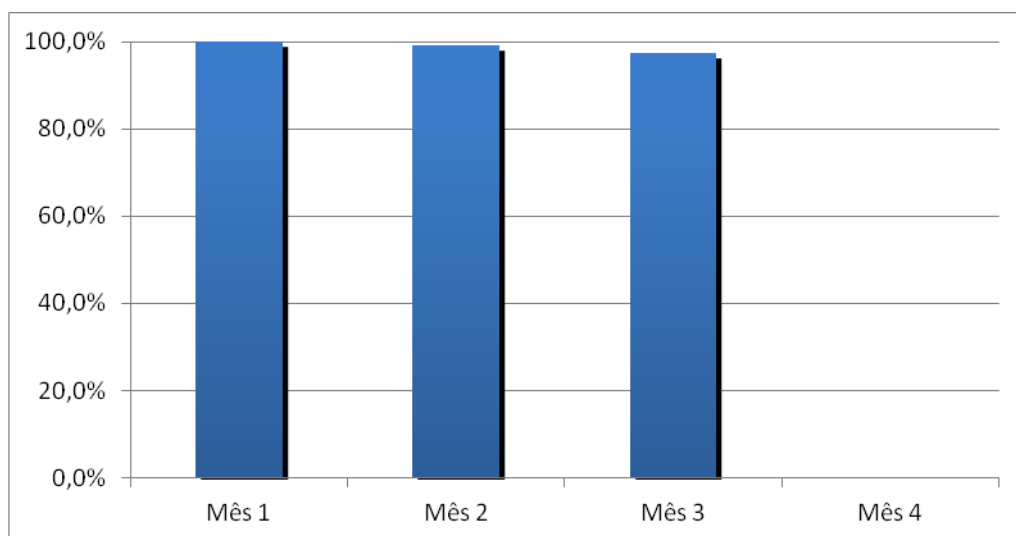


Figura 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo da área de abrangência da UBS Francisco Constâncio da Silva de Boa Vista Sobral, Rio Branco, AC. 2015.
Fonte: Planilha de coleta de dados

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

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

Em relação à proporção dos usuários diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo observou-se que foi realizado no primeiro mês o exame clínico em 12 usuários diabéticos (100%), já no segundo em 32 (100%), no terceiro mês em 49 (98,0%).

Nos dois primeiros meses conseguimos realizar o atendimento clínico em 100% dos usuários diabéticos, este o resultado foi decrescendo porque houve 1 usuário diabético idosos que não quis ser examinado, ainda falando da importância a ele. Apesar disso houve um bom trabalho de conscientização.

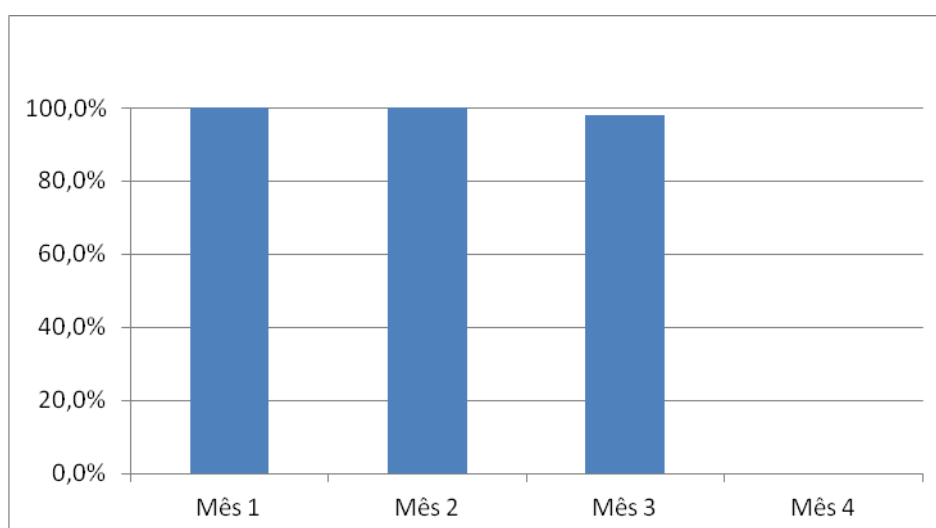


Figura 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo da área de abrangência da UBS Francisco Constâncio da Silva de Boa Vista Sobral, Rio Branco, AC. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

3. Resultados relativos ao objetivo. Garantir a os usuários hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Em relação à proporção de usuários hipertensos com a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo observou-se que foi realizado os exames complementares no primeiro mês em 60 usuários hipertensos (100%), já no segundo em 143 (100%), no terceiro mês em 224 (97,8%). Não conseguimos atingir a meta a um 100% porque os usuários falaram que a unidade de referência para realização de exames de atenção primária fica muito longe, e os resultados dos exames são muito demorados. Não é fácil de marcar porque a unidade de coleta de sangue fica muito longe (de 4-5 km), e os usuários tem que acordar muito cedo e não conseguem vaga e às vezes tem que ir, mais de três ocasiões para realizar os exames.

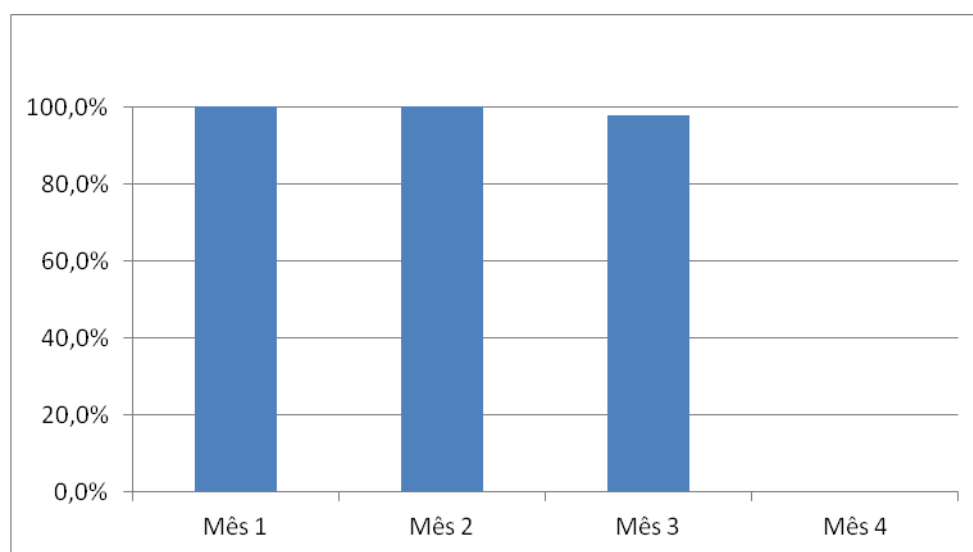


Figura 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da área de abrangência da UBS Francisco Constâncio da Silva de Boa Vista Sobral, Rio Branco, AC. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

Em relação à proporção de usuários diabéticos com a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo observou-se que no primeiro mês foi realizado os exames complementares em primeiro mês 12 usuários diabéticos (100%), já no segundo em 32 (100%), no terceiro mês em 49 (98.0%). Não conseguimos atingir a meta a um 100% porque os usuários falaram que a unidade de referência de atenção primara fica muito longe, e o resultado os resultados dos exames são muito demorados.

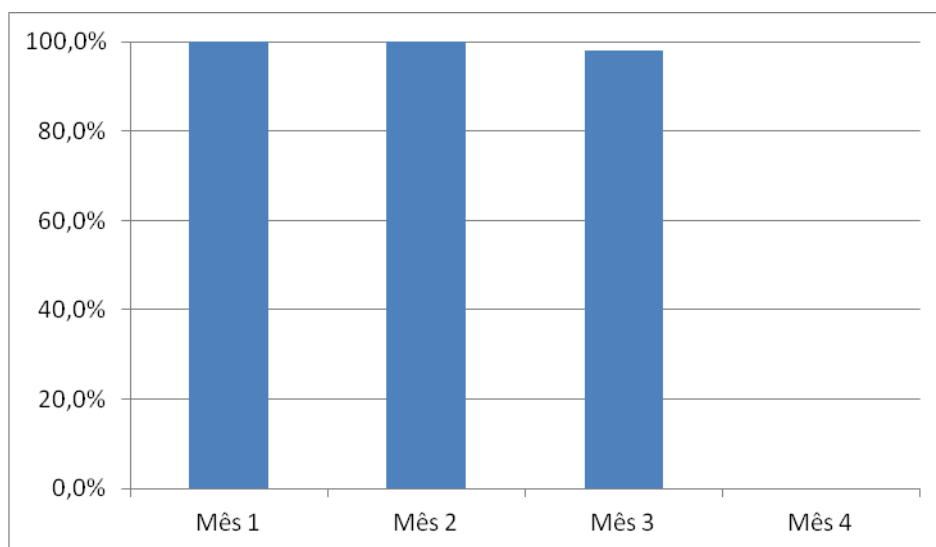


Figura 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da área de abrangência da UBS Francisco Constâncio da Silva de Boa Vista Sobral, Rio Branco, AC. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

2.5. Resultados relativos ao objetivo. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular, dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 2.5. Proporção de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Com relação aos usuários hipertensos, no primeiro mês da intervenção foi prescrito medicamentos da farmácia popular para 60 usuários (100%), no mês segundo para 139 (99,3%), no terceiro mês para 225 (99,6%). Não conseguimos atingir 100% da meta inicialmente proposta, porque nem todos os usuários conseguiam chegar até a farmácia popular, a maioria fica no centro da cidade e nossa comunidade está na periferia.

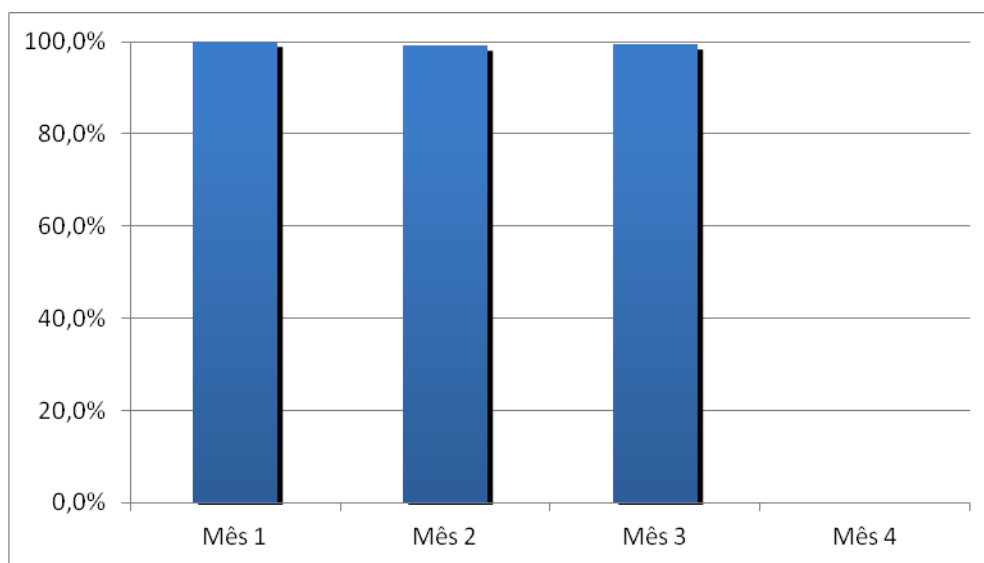


Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada da área de abrangência da UBS Francisco Constâncio da Silva de Boa Vista Sobral, Rio Branco, AC, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

Indicador 2.6. Proporção de usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

No primeiro mês da intervenção foi prescrito medicamentos da farmácia popular para 12 usuários diabéticos (100%), no mês segundo para 32 (100%), no terceiro mês para 50 (100%). Conseguimos atingir 100% da meta inicialmente proposta, porque os medicamentos para os diabéticos sempre temos na farmácia da mesma unidade, não sendo preciso o usuário deslocar-se.

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

Indicador 2.7. Proporção de usuários hipertensos com avaliação odontológica.

Com o intuito de alcançar o objetivo de promover a saúde dos usuários hipertensos estabelecemos como meta garantir avaliação odontológica em 100% dos usuários hipertensos.

A proporção de usuários hipertensos com avaliação odontológica foi de 60 (100%) no primeiro mês, 143 (100%) no segundo mês, e no terceiro mês de 229 (100%). Atingindo a meta proposta de 100%. Como em minha unidade não temos odontólogo, o médico realizava o exame a boca dos usuários, e os encaminhava, ao odontólogo do URAP que fizemos uma parceria para disponibilizar duas vagas por dia (cinco dias por semana), durante a intervenção chegar o odontólogo na UBS.

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

Indicador 2.8 Proporção de usuários diabéticos com avaliação odontológica.

A proporção de usuários diabéticos com avaliação odontológica foi de 12 (100%) no primeiro mês, 32 (100%) no segundo mês, e no terceiro mês de 50 (100%). Atingindo a meta proposta de 100%.

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

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

Com a finalidade de alcançar o objetivo de melhorar a adesão dos usuários hipertenso e/ou diabético ao programa, foi estimado como meta buscar 100% dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme periodicidade recomendada.

Com relação ao item proporção de usuários hipertensos faltosos às consultas com busca ativa conseguimos, no primeiro mês, 46 (100%) no segundo mês, 14 (93,0%), e no terceiro mês de 29 (96,7%). Não atingindo a meta proposta de 100%, nos dois últimos meses, porque no segundo mês estiveram dois ACS de férias e no terceiro mês as ACS estiveram em greve (ainda estão), solicitando melhora do salário.

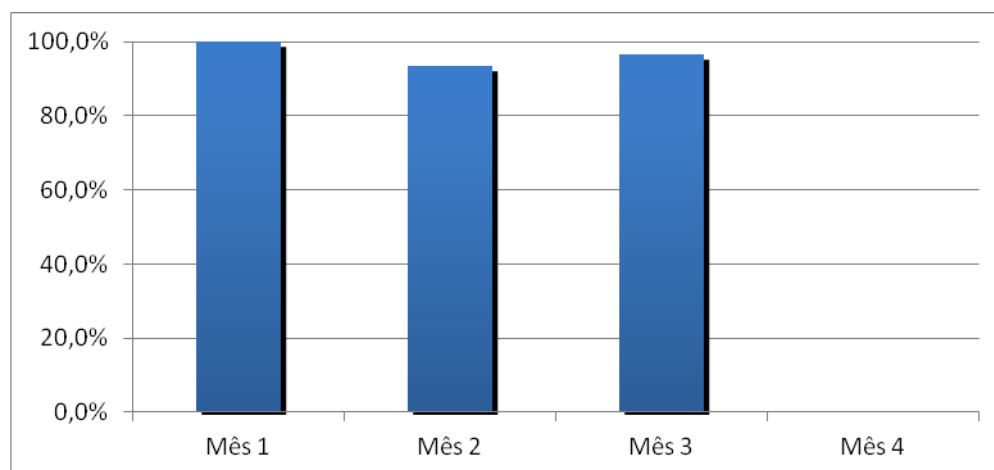


Figura 8: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa da área de abrangência da UBS Francisco Constâncio da Silva de Boa Vista Sobral, Rio Branco, AC. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

Com relação ao item proporção de usuários diabéticos faltosos às consultas com busca ativa conseguimos, no primeiro mês, 10 (100%) no segundo mês, 2 (100%), e no terceiro mês de 3 (100%). Atingindo a meta proposta de 100%. Apesar da greve dos ACS (nos 2 últimos meses) foi possível a busca ativa dos usuários diabéticos faltosos a consulta já que a quantidade dos usuários diabéticos era menor.

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

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

Com relação ao item proporção de usuários hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, no primeiro mês, 60 (100%) no segundo mês, 143 (100%), e no terceiro mês de 229 (100%). Atingindo a meta proposta de 100%. A coordenadora foi responsável por fornecer a ficha e eu por garantir o registro e a monitoração, também o enfermeiro e toda a equipe que participou da intervenção.

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

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

Com relação ao item proporção de usuários diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, no primeiro mês, 12 (100%) no segundo mês, 32 (100%), e no terceiro mês de 50 (100%). Atingindo a meta proposta de 100%.

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

Indicador 5.1 Proporções de usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Para atingir o objetivo de mapear usuários hipertensos de risco para doença cardiovascular, foi estimado como meta realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários hipertensos cadastrados na UBS. Nesse sentido, a proporção de usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico, no primeiro mês, 60 (100%) no segundo mês, 142 (99,3%), e no terceiro mês de 229 (99,6%). Quase atingimos o 100%, só apresentamos dificuldades com sete usuários idosos que ainda sente vergonha de mostrar seu corpo.

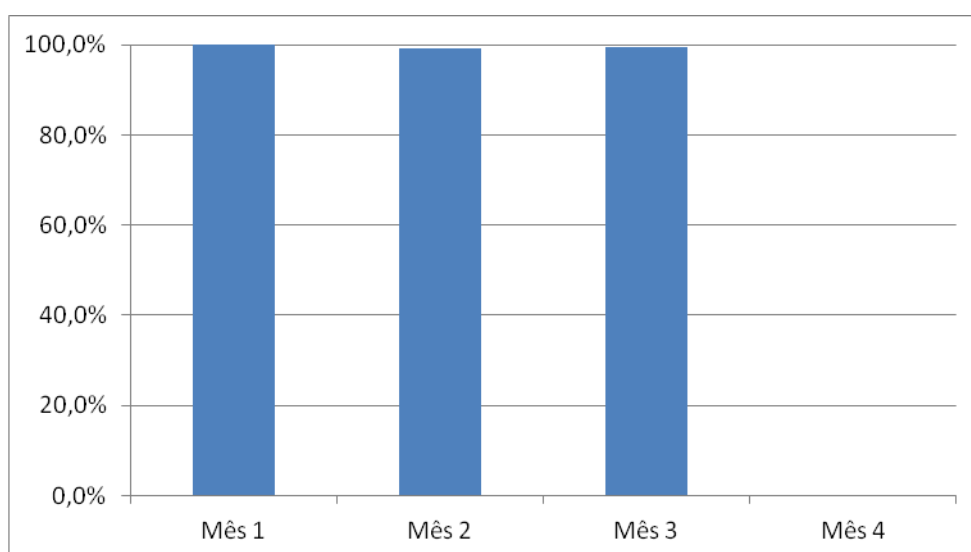


Figura 9: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia da área de abrangência da UBS Francisco Constâncio da Silva de Boa Vista Sobral, Rio Branco, AC. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

Indicador 5.1 Proporções de usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Para atingir o objetivo de mapear diabéticos de risco para doença cardiovascular, foi estimado como meta realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na UBS.

Nesse sentido, a proporção de usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico, no primeiro mês, 12 (100%) no segundo mês, 32 (100%), e no terceiro mês de 50 (100%). A menor quantidade de usuários diabéticos ajuda a que eu possa realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na UBS.

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

Indicador 6.1. Proporção de usuários hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Quanto aos usuários hipertensos, no primeiro mês, 60 (100%) no segundo mês, 143 (100%), e no terceiro mês de 229 (100%). À proporção deles que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável durante os três meses da intervenção foram de 100%, atingindo a meta estabelecida. Quanto aos usuários diabéticos, no primeiro mês, 12 (100%) no segundo mês, 32 (100%), e no terceiro mês de 50 (100%). À proporção deles que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável durante os três meses da intervenção foram de 100%, atingindo a meta estabelecida.

Oferecemos orientação nutricional as ACS, o enfermeiro e a técnica de enfermagem em atividades com a comunidade e palestras educativas de orientação nutricional sobre alimentação saudável, e eu, em todas as consultas individuais. As equipes também planejam atividades com os líderes, porque não temos nutricionista para que apoiasse o projeto.

Meta 6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.2. Proporção de usuários hipertensos e diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

A meta proposta na intervenção de garantir orientação em relação à prática de atividade física regular dos usuários hipertensos, no primeiro mês, 60 (100%) no segundo mês, 143 (100%), e no terceiro mês de 229 (100%). Com orientação sobre a prática de atividade física regular de 100% em todos os meses da intervenção. Atingindo a meta proposta. Em quanto a meta proposta na intervenção de garantir orientação em relação à prática de atividade física regular dos usuários diabéticos, com orientação sobre a prática de atividade física regular no primeiro mês, 12 (100%) no segundo mês, 32 (100%), e no terceiro mês de 50 (100%). Foi de 100% em todos os meses da intervenção. Atingindo a meta proposta.

A equipe toda fez atividades para orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, incluindo as ACS pesquisaram quais eram os exercícios físicos que podiam fazer para melhoram a qualidade de vida, com a monitoração meus e do enfermeiro.

Indicador 6.3. Proporção de usuários hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.3. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

A proporção de usuários hipertensos que recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo no primeiro mês, 60 (100%) no segundo mês, 143 (100%), e no terceiro mês de 229 (100%). Foram de 100% durante os três meses da intervenção. Atingindo a meta proposta. Realizamos a orientação dos hipertensos sobre os riscos do tabagismo em palestras, em reuniões planejadas pela equipe com a participação de familiares, outros membros da comunidade, e os líderes da mesma. Também no dia a dia de cada consulta e/ou visita domiciliar.

Meta 6.4. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos

Indicador 6.4. Proporção de usuários diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

A proporção de diabéticos que recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo no primeiro mês, 12 (100%) no segundo mês, 32 (100%), e no terceiro

mês de 50 (100%). Foram de 100% durante os três meses da intervenção. Atingindo a meta proposta. Realizamos a orientação dos usuários diabéticos sobre os riscos do tabagismo em palestras, em reuniões planejadas pela equipe com a participação de familiares, outros membros da comunidade, e os líderes da mesma. Também no dia a dia de cada consulta e/ou visita domiciliar.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5. Proporção de usuários hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

A proporção de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal no primeiro mês, 60 (100%) no segundo mês, 143 (100%), e no terceiro mês de 229 (100%). Foram de 100% durante os três meses da intervenção. Atingindo a meta proposta. Apesar da greve das ACS nos 2 últimos meses a equipe toda fez campanhas, palestras para garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos em a unidade todos os dias e em a comunidade, na escola aproveitando a campanha de vacinação contra H1N1 e H2N3, entre outras.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6. Proporção de usuários diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

A Proporção de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal no primeiro mês, 12 (100%) no segundo mês, 32 (100%), e no terceiro mês de 50 (100%). Foram de 100% durante os três meses da intervenção. Atingindo a meta proposta. Apesar da greve das ACS nos dois últimos meses a equipe toda fez campanhas, palestras para garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos em a unidade todos os dias e em a comunidade, na escola, aproveitando a campanha de vacinação contra H1N1 e H2N3 (antigripal e Influenza), entre outras.

4.2 Discussão

A intervenção, na UBS Francisco Constâncio da Silva conseguiu melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e ampliar a meta de cobertura para o programa de atenção ao hipertenso e diabético na UBS, a partir da

realização da capacitação da equipe, implantação de registros específicos, busca ativa dos usuários hipertensos e/ou diabéticos faltosos as consultas, atendimento clínico qualificado, atividades educativas, encaminhamento dos usuários para o serviço de odontologia e monitoramento da intervenção, melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos.

Nossa população da área de saúde, como já falei, foi atingida por uma enchente, apresentando muitos casos de doenças infecto contagiosas, o que acabou por lotar as unidades de saúde procurando atendimento de urgência, isso acabou atrapalhando nossa intervenção.

Para atingir os objetivos propostos na intervenção, o projeto de intervenção foi apresentado para a coordenadora e funcionários da UBS, destacando desde já a importância do engajamento e colaboração de toda a equipe no desenvolvimento das ações. A intervenção exigiu que a equipe fosse capacitada para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos usuários com hipertensão e diabetes.

Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, do enfermeiro, da técnica de enfermagem e da recepção. Ficou em linhas gerais como atribuições de cada um dos membros da equipe, tudo isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, como no grupo de grávidas e de crianças. No entanto, a participação da equipe nas atividades previstas não ocorreu conforme o previsto, precisando em muitas situações desenvolver as ações só com dois membros da equipe, sem o auxílio das ACS pela greve, procurando aumento do salário. Pude contar com a ajuda da técnica de enfermeira no cadastro de todos usuários HAS e DM da área adstrita e do enfermeiro. A equipe ganha conhecimento mais profundo em Doenças e Agravos não transmissíveis (DANT), e a intervenção serviram de exemplo para os outros grupos.

Acredito que a realização da intervenção foi muito importante para o serviço de saúde, pois ocorreram várias mudanças positivas na rotina do serviço contribuindo com a qualificação do atendimento prestado aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na unidade. Antes da intervenção as atividades de atenção a usuários hipertensão e diabetes eram concentradas na consulta médica e com a realização da intervenção podemos destacar como aspectos positivos o cadastramento de todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos com 20 anos ou

mais pertencentes à área adstrita, implantação de registros específicos como a ficha-espelho, atendimento clínico integral e humanizado. O envolvimento da equipe toda para obter maior quantidade de atendimentos. A classificação de risco dos usuários hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos, e a facilidade para realizar os encaminhamentos para outras especialidades. Todas as ações foram desenvolvidas com o intuito de melhorar a atenção à saúde deste grupo populacional, buscando prevenir e evitar as complicações causadas pela doença.

Para a comunidade acredito que a intervenção impactou positivamente, pois as mudanças foram claramente percebidas e relatadas pelos usuários hipertensos e /ou diabéticos. Os usuários hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera, apesar de que a comunidade foi informada da intervenção (que foi feita num período de 12 semanas) e da importância aos grupos prioritários. Além disso, foi gratificante vivenciar sentimentos de satisfação dos usuários pelas atividades desenvolvidas na unidade no decorrer destes quatro meses de intervenção. Com a intervenção muitas ações realizadas na UBS foram modificadas e melhoradas, os usuários também mudaram muito, e acredito que ambas as partes foram beneficiadas, já todos eles conhecem quais são os dias que o grupo funciona e as atividades que serão desenvolvidas.

Se eu fosse realizar a intervenção neste momento não faria nada de diferente em relação às ações previstas no projeto, pois a única e maior dificuldade que tive no decorrer da intervenção foi com as ACS, elas estiveram em greve por quase um mês, e que causou um aumento de trabalho em três membros da equipe que estavam na unidade e diminuiu os atendimentos (a técnica de enfermeira, o enfermeiro e doutora), e que não temos odontólogo pelo qual os usuários têm que mover-se para a URAP. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, a intervenção foi incorporada à rotina do serviço e terá condições de superar algumas das dificuldades encontradas. Todos os membros da equipe vão ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco, em palestras e outras atividades. A falta de algumas informações em nossos registros acabou prejudicando a coleta de dados e os resultados dos indicadores. Adequaremos as fichas dos usuários hipertensos e

diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto, para assim manter uma atenção com qualidade.

Desde que a unidade foi inaugurada a coordenadora Meyre solicitou para outro ACS para que trabalhara na sexta micro área e o odontólogo, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos planejar o programa de pré-natal e criança na UBS. Além de realizar múltiplas atividades de promoção e prevenção de saúde. E de implantação de outros programas que podem se fazer.

5. Relatórios da Intervenção para gestores

Atenciosamente para o Prefeito Municipal, Secretário de Saúde, e aos demais funcionários do município Rio Branco, Acre.

A intervenção foi realizada com duração de 12 semanas, do dia 19 de março a 10 de junho 2015, contemplando o desenvolvimento de ações nos quatro eixos temáticos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. Tendo como objetivo, melhorar a atenção de saúde dos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos, fizemos neste projeto de intervenção, já que mediante o trabalho diário contate que os usuários com as doenças crônicas, tales como hipertensão e/ou diabetes mellitus, precisavam ser amplamente trabalhadas na USF de nossa comunidade pelo alto índice de incidência e prevalência destas doenças crônicas não transmissíveis.

No início realizamos uma reunião com a coordenadora da unidade, e com a equipe da UBS, para apresentar o projeto de intervenção, onde destaco a importância da participação de todos os funcionários para alcançar melhores resultados na intervenção. Na primeira reunião realizamos uma capacitação dos profissionais de saúde da UBS, tendo como base o protocolo de HAS e DM, nesta reunião estabelecemos também o papel de cada profissional no projeto.

Mediante a utilização da ficha-espelho de hipertensão e diabetes disponibilizada pelo curso de especialização e garantida pelos gestores da unidade, foi possível registrar o acompanhamento dos usuários cadastrados na UBS, utilizando a cada semana as informações obtidas nas fichas-espelho e reescritas

para as planilhas de coleta de dados com o fim de, facilitar o monitoramento da intervenção de Doenças e Agravos não transmissíveis (DANT).

Realizamos o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, exame clínico e de estratificação de risco cardiovascular, solicitação de exames complementares, avaliação odontológica, prescrição de medicamentos da farmácia popular, encaminhamento para outras especialidades precisadas pelo paciente, orientação sobre prática de atividade física regular e como evitar o tabagismo para evitar o risco, orientação alimentação saudável, assim como a formação de grupos de educação em saúde, e a busca ativa dos usuários faltosos a consulta.

Agora podemos falar e ressaltar que com desenvolvimento destas atividades durante a intervenção houve uma melhoria na atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS, pois dos 271 usuários hipertensos e 75 usuários diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência do serviço de saúde, foram acompanhados no período da intervenção 229 (84.5%) usuários hipertensos e 50 (66.7%) usuários diabéticos, sendo alcançada a cobertura pactuada no projeto para o programa.

Conseguimos resultados positivos com a intervenção de Doenças e Agravos não transmissíveis (DANT), e o mais importante de tudo isto, os usuários se mostraram satisfeitos com a melhoria da atenção à saúde prestada aos hipertensos e diabéticos.

No entanto acredito que poderíamos ter feito mais e alcançado de maneira integral algumas metas propostas se houvéssimos contado com o apoio e engajamento de todos os membros da equipe e no desenvolvimento das ações durante o período toda a intervenção e de não haver acontecido tantos fatores negativos que atrapalharam o projeto, tais como a enchente (a maior em 10 anos) que trouxe grandes perdas para nosso estado em todos os âmbitos, principalmente econômico e de saúde, a quantidade feriados, e a greve das ACS (que durou quase um mês). A gestão também poderia haver falado com os gestores municipais da secretaria da secretaria de saúde para fazer os contratos para odontólogo, um ACS, uma recepcionista, entre outros funcionários, com isto melhoraria a carga de trabalho para a equipe, na unidade.

6. Relatórios da Intervenção para a comunidade

Com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Francisco Constâncio da Silva em Boa Vista Sobral, Rio Branco, AC, foi realizado um projeto de intervenção com duração de 12 semanas, desde o dia 19 de março até 10 de junho 2015.

A escolha desta população ocorreu, pois no dia a dia do trabalho constatei que os usuários com as doenças crônicas, tais como usuários com pressão alta e com problemas de açúcar altos no sangue, precisavam ser amplamente trabalhados na unidade de saúde de nossa comunidade pelo grande número de pessoas com estas doenças que não tem cura e não se contagiam de pessoa a pessoa.

No início realizamos uma reunião com a coordenadora da unidade, e com a equipe da UBS para apresentar o projeto de intervenção, onde destaco a importância da participação de todos os funcionários para lograr melhores resultados na intervenção. Na primeira reunião realizamos uma capacitação dos profissionais de saúde da UBS, tendo como base o protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica (usuários com pressão alta) e Diabetes Mellitus (usuários com problemas de açúcar altos no sangue), nesta reunião estabelecemos o papel de cada profissional no projeto também.

Realizamos o cadastramento dos usuários com pressão alta e problemas de açúcar na sangue, exame do médico pelo clínico e a classificação dos problemas no coração, solicitação de exames complementares, avaliação da saúde da boca, prescrição de medicamentos da farmácia popular, encaminhamento para outras especialidades precisadas pelo paciente, orientação sobre prática de atividade física regular e como evitar o tabagismo para evitar o risco, orientação alimentação saudável, assim como a formação de grupos de educação em saúde, e a busca ativa dos faltosos a consulta.

Agora podemos falar e ressaltar que com desenvolvimento destas atividades durante a intervenção houve uma melhoria na atenção a saúde dos usuários com pressão alta e com problemas de açúcar altos no sangue, na UBS.

A intervenção direcionada a ação programática Hipertensão e Diabetes tinha como objetivos específicos ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos ao

programa, melhorar a adesão destes usuários o programa, melhorar a qualidade do atendimento ao dos usuários com pressão alta e com problemas de açúcar altos no sangue realizado na unidade de saúde, melhorar o registro das informações, mapear usuários com pressão alta e com problemas de açúcar alta no sangue de risco para doença com problemas no coração e promover a saúde destes usuários e as orientações educativas para cada um deles.

Agradecemos à comunidade pela sua participação no projeto de intervenção de Doenças e Agravos não transmissíveis, e convidando-a a participar nas atividades planejadas pela unidade e acatar as orientações para ter hábitos de vida saudáveis. Esta intervenção tivera continuidade na unidade e será incorporada a outros grupos como crianças, e pré-natal.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Quando iniciei este curso de especialização a distância achava que não era importante, porque eu já havia feito a especialidade há 11 anos, foi um engano, o mesmo me ajudou a melhorar e a conhecer melhor a língua portuguesa, entender o trabalho no SUS, os protocolos e o formato do TCC, que é muito diferente do que eu fiz.

Este processo me ensinou como lutar contra as dificuldades e os problemas durante o trabalho, o desempenho da minha profissão é melhor agora, por isso acredito que o desenvolvimento deste trabalho na minha profissão foi maravilhoso.

Depois da intervenção em Hipertensão e/o Diabetes na unidade acredito que possamos mudar a realidade e trazer outra visão, que poderá ser incorporada aos dias atuais, realizando palestras educativas, ensinar, educar à população para começar a mudar uma situação da saúde da comunidade. Quando iniciei as atividades na unidade os usuários com doenças crônicas estavam descompensados, o trabalho era desorganizado, sem planejamento, por meio das reuniões consegui unir à equipe de trabalho e mostrar por meio das consultas, palestras, visitas domiciliares, a importância de mudar o estilo de vida da população, diante alimentação saudável, prática de atividade física, evitar o tabagismo, tomar os medicamentos nos horários correspondentes ao receitado pôr o médico e de forma certa, comparecer às consultas para realizar se os exames clínicos e complementares, facilitando ao usuário o contato com os profissionais da equipe.

A partir disso comecei a ver que os usuários chegavam compensados e atendidos em outras especialidades depois do encaminhamento por alguma complicação. Tudo isto foi muito gratificante para mim, pude olhar a mudança na população e aprender como atuar na prevenção e controle dessas patologias na comunidade.

No desenvolvimento deste projeto pudemos observar que o médico, o enfermeiro, a técnica de enfermagem, todo o conjunto com a equipe de saúde da família atua no preparo psicológico do paciente, tendo como objetivo a prevenção dos problemas dessas patologias e melhorar a qualidade de vida da comunidade.

Este projeto servirá para outros estudos e para incentivar aos profissionais de saúde a fazer uma melhor assistência medica nas suas Unidades de Saúde diante as informações importantes apresentadas no estudo.

Referências

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. a.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia 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 C - Ficha espelho

  Especialização em Saúde da Família Universidade Federal de Pelotas		PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS FICHA ESPELHO																																																																																																																																																																																																																																																											
Data do ingresso no programa ___/___/_____		Número do Prontuário: _____																																																																																																																																																																																																																																																											
Nome completo: _____		Cartão SUS _____																																																																																																																																																																																																																																																											
Endereço: _____		Data de nascimento: ___/___/_____																																																																																																																																																																																																																																																											
Nome do cuidador _____		Necessita de cuidador? () Sim () Não																																																																																																																																																																																																																																																											
Telefones de contato: _____/_____																																																																																																																																																																																																																																																													
Tem HAS? () Sim () Não		Tem DM? () Sim () Não																																																																																																																																																																																																																																																											
Tem HAS e DM? () Sim () Não		Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não																																																																																																																																																																																																																																																											
Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____		Estatura: _____ cm																																																																																																																																																																																																																																																											
		Perímetro Braquial: _____ cm																																																																																																																																																																																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5" style="text-align: center;">Medicações de uso contínuo</th> <th colspan="5" style="text-align: center;">FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS</th> </tr> <tr> <th style="width: 15%;">Data</th> <th style="width: 35%;">Apresentação</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 15%;">Data</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td>Hidroclorotiazida 25mg</td><td></td><td></td><td></td><td>Glicemia de Jejum</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Captopril 25mg</td><td></td><td></td><td></td><td>HGT</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Propranolol 40 mg</td><td></td><td></td><td></td><td>Hemoglobina glicosilada</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Enalapril 10 mg</td><td></td><td></td><td></td><td>Colesterol total</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Atenolol 25 mg</td><td></td><td></td><td></td><td>HDL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Metformina 500 mg</td><td></td><td></td><td></td><td>LDL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Metformina 850 mg</td><td></td><td></td><td></td><td>Triglicerídeos</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Glibenclamida 5mg</td><td></td><td></td><td></td><td>Creatinina Sérica</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Insulina NPH</td><td></td><td></td><td></td><td>Potássio sérico</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Triglicerídeos</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>EQU</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Infecção urinária</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Proteinúria</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Corpos cetônicos</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Sedimento</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Microalbuminúria</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Proteinúria de 24h</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>TSH</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>ECG</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Hemograma</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Hematócrito</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Hemoglobina</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Urea</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				Medicações de uso contínuo					FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS					Data	Apresentação				Data						Hidroclorotiazida 25mg				Glicemia de Jejum						Captopril 25mg				HGT						Propranolol 40 mg				Hemoglobina glicosilada						Enalapril 10 mg				Colesterol total						Atenolol 25 mg				HDL						Metformina 500 mg				LDL						Metformina 850 mg				Triglicerídeos						Glibenclamida 5mg				Creatinina Sérica						Insulina NPH				Potássio sérico										Triglicerídeos										EQU										Infecção urinária										Proteinúria										Corpos cetônicos										Sedimento										Microalbuminúria										Proteinúria de 24h										TSH										ECG										Hemograma										Hematócrito										Hemoglobina										Urea				
Medicações de uso contínuo					FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS																																																																																																																																																																																																																																																								
Data	Apresentação				Data																																																																																																																																																																																																																																																								
	Hidroclorotiazida 25mg				Glicemia de Jejum																																																																																																																																																																																																																																																								
	Captopril 25mg				HGT																																																																																																																																																																																																																																																								
	Propranolol 40 mg				Hemoglobina glicosilada																																																																																																																																																																																																																																																								
	Enalapril 10 mg				Colesterol total																																																																																																																																																																																																																																																								
	Atenolol 25 mg				HDL																																																																																																																																																																																																																																																								
	Metformina 500 mg				LDL																																																																																																																																																																																																																																																								
	Metformina 850 mg				Triglicerídeos																																																																																																																																																																																																																																																								
	Glibenclamida 5mg				Creatinina Sérica																																																																																																																																																																																																																																																								
	Insulina NPH				Potássio sérico																																																																																																																																																																																																																																																								
					Triglicerídeos																																																																																																																																																																																																																																																								
					EQU																																																																																																																																																																																																																																																								
					Infecção urinária																																																																																																																																																																																																																																																								
					Proteinúria																																																																																																																																																																																																																																																								
					Corpos cetônicos																																																																																																																																																																																																																																																								
					Sedimento																																																																																																																																																																																																																																																								
					Microalbuminúria																																																																																																																																																																																																																																																								
					Proteinúria de 24h																																																																																																																																																																																																																																																								
					TSH																																																																																																																																																																																																																																																								
					ECG																																																																																																																																																																																																																																																								
					Hemograma																																																																																																																																																																																																																																																								
					Hematócrito																																																																																																																																																																																																																																																								
					Hemoglobina																																																																																																																																																																																																																																																								
					Urea																																																																																																																																																																																																																																																								



