

**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 à saúde dos usuários com hipertensão arterial
sistêmica
e/ou diabetes mellitus na UBS Lagoa de Velhos, Lagoa de Velhos, RN**

Porfirio Rodriguez Lopez

Pelotas, 2015

Porfirio Rodriguez Lopez

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial
sistêmica
e/ou diabetes mellitus na UBS Lagoa de Velhos, Lagoa de Velhos, RN**

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

Orientadora: Suyane de Souza Lemos

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

L864m Lopez, Porfirio Rodriguez

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Lagoa de Velhos, Lagoa de Velhos, RN / Porfirio Rodriguez Lopez; Suyane de Souza Lemos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

91 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. Lemos, Suyane de Souza, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A nossa equipe.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus e peço a Ele que nos ilumine, para que os conhecimentos obtidos sejam empregados com sabedoria para a transformação de um mundo melhor, e agradeço também a nossa orientadora Suyane de Souza Lemos pela paciência e compreensão.

Lista de Figuras

- Figura 1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. 64
- Figura 2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. 64
- Figura 3 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada 67
- Figura 4 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada. 67
- Figura 5 Fotografia da Nutricionista na microrregião de Bom Descanso 84
- Figura 6 Fotografia do Cadastramento de hipertensos e diabéticos 84
- Figura 7 Fotografia da Palestra na câmara municipal de Lagoa de velhos com as lideranças de nossa área de influência. 84
- Figura 8 Fotografia da Equipe da Unidade de saúde de Iguatu85
- Figura 9 Fotografia da Capacitação dos ACS pela enfermeira 85
- Figura 10 Fotografia da Atividade com HA e DM 85

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS Agente comunitário da Saúde

DM Diabetes Mellitus

DCNT Doenças crônicas não transmissíveis

ESB Equipe de Saúde Bucal

ESF Estratégia da Saúde da Família

HA Hipertensão Arterial

NASF Núcleo de Apoio da Saúde da Família

SUS Sistema Único de Saúde

UFPEL Universidade Federal Pelotas

UBS Unidade Básica de Saúde

Resumo

LOPEZ, Rodriguez Porfirio. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Lagoa de Velhos, Lagoa de Velhos, RN.** 91f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. 2015.

A hipertensão arterial é a mais frequente das doenças crônicas não transmissíveis e o principal fator de risco para complicações cardiovasculares como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. A prevalência do diabetes mellitus vem crescendo mundialmente, configurando-se atualmente como uma epidemia resultante, em grande parte, do envelhecimento da população, contudo, o sedentarismo, a alimentação inadequada e o aumento da obesidade também são responsáveis pela expansão global do diabetes. A atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes eram desenvolvidas antes do projeto de intervenção somente pelo médico da ESF e os indicadores de cobertura estavam em 40% para as duas doenças. A intervenção tem como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Lagoa dos Velhos, Lagoa dos Velhos, RN. O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas e participaram da intervenção 14 profissionais da saúde. Para a execução no programa de hipertensos e diabéticos a equipe usou o Caderno de Atenção Básica sobre a Hipertensão arterial e Diabetes mellitus do Ministério da Saúde. Utilizaram-se a ficha de hipertensos e diabéticos preenchida no atendimento periódico dos usuários e as fichas espelhos disponibilizadas pela universidade. Trabalhamos mediante ações que permitiram alcançar os objetivos traçados nos quatro eixos do curso. Estimamos com a intervenção ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos da área acompanhados pela equipe de saúde no período analisado para 66% e 68% respectivamente. No final da intervenção atingimos uma cobertura de 52,9% de hipertensos e 51,1% de diabéticos. Em relação aos indicadores de qualidade, todos hipertensos e diabéticos tiveram orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, exame clínico apropriado. A intervenção propiciou o melhoramento dos cadastramentos e qualidade do programa de hipertensos e diabéticos na unidade básica de saúde assim como fomentou o trabalho em equipe além de ter sido incorporada à rotina de serviços.

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

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	17
2 Análise Estratégica	18
2.1 Justificativa.....	18
2.2 Objetivos e metas.....	20
2.2.1 Objetivo geral.....	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas	20
2.3 Metodologia.....	22
2.3.1 Detalhamento das ações	22
2.3.2 Indicadores	49
2.3.3 Logística.....	55
2.3.4 Cronograma.....	58
3 Relatório da Intervenção.....	60
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	60
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	61
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	61
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	62
4 Avaliação da intervenção.....	63
4.1 Resultados	63
4.2 Discussão.....	70
5 Relatório da intervenção para gestores.....	Erro!
Indicador não definido.	
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	75
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	79
Referências	81
Apêndices.....	82
Anexos	85

Apresentação

O volume corresponde a uma intervenção comunitária realizada na UBS /ESF Lagoa de Velhos, Lagoa de Velhos/RN, com o propósito de melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus. Este trabalho está dividido em sete partes sendo elas: 1 - Análise situacional onde abordamos a situação da estrutura física, recursos humanos e processo de trabalho na Unidade; 2 – Análise estratégica: onde realizamos o planejamento para intervenção definindo objetivos, metas, indicadores e ações; 3 – Relatório da intervenção: onde todo o trabalho foi analisado, revivendo desde o início as conquistas e os momentos de dificuldades que encontramos para realizar nossa intervenção, seja por falta de materiais ou até mesmo pela ausência de funcionários; 4 – Avaliação da intervenção: quando realizamos a análise dos dados obtidos; 5 – Relatório para os gestores; 6 - Relatório para a comunidade e 7 -Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem: levando em consideração as expectativas iniciais da intervenção, avaliamos o que de mais relevante conquistamos através da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Lagoa de Velhos, no município de Lagoa de Velhos, RN, que tem um total de 2.700 habitantes. Nossa equipe é formada por um médico, uma enfermeira, um técnico de Enfermagem, um dentista, um auxiliar dentista, um fisioterapeuta e psicólogo. Nossa equipe atende uma área urbana e duas comunidades distantes 10 e 4 km o que torna difícil para o nosso Trabalho ser mais eficaz. As doenças crônicas são ocorrências principais de nossos usuários, sendo 246 usuários com hipertensão e 70 usuários com diabetes mellitus. Nossa UBS tem boa condição de trabalho nas consultas, realizando diferentes tipos de exames laboratoriais como (colesterol, triglicérides, glicose em jejum, hemograma completo, teste de gravidez, de urina e fezes) eletrocardiograma, além de vacinação de todos os grupos etários, as consultas para as doenças crônicas, grávidas e menores de um ano estão programadas semanalmente pelos agentes comunitários de saúde.

Nossa UBS tem uma boa construção, tem três consultórios para médico, enfermeira e psicologia, uma sala de vacinação, duas salas para fazer curativos e procedimentos de enfermagem, salas para fazer eletrocardiogramas, fisioterapia e esterilização, um laboratório, um consultório de odontologia, três salas de internação (pediatria, mulher e homem), dormitório para plantonista e outra para enfermeiras, cozinha e 3 ambulâncias.

A UBS tem apoio do NASF com especialistas em nutrição, fonologia, reabilitação e um preparador físico para facilitar o trabalho com os usuários diabéticos, asmáticos e com hipertensão arterial e de os cidadãos em geral fazendo orientações educativas através de palestras e nas consultas.

Em relação ao trabalho com a comunidade, há três dias na semana que visitamos os usuários com doenças crônicas, grávidas, puerperais, lactantes com a finalidade de encontrar fatores de risco e modificações dos estilos de vida, promoção de exercício físico.

Atualmente, está em construção uma nova UBS com melhores equipamentos o que vai trazer uma atenção com mais qualidade ao nosso município. Podemos elencar como principais dificuldades, o grande número de usuários com hipertensão e diabetes, deficiência de medicamentos dispensados pela farmácia, apenas uma equipe de saúde, deficiência na oferta de consultas de outras especialistas (pediatria, ginecologista), população carente, necessidade de referências para oferecer primeiro auxílio na saúde. Assim, nosso trabalho está direcionado para melhorar essas dificuldades.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Lagoa de velhos, município no estado do Rio Grande do Norte (Brasil), fundado em 11 de maio de 1963, está localizada na microrregião da Borborema potiguar, tem uma área territorial de 112.823 km², o clima é semiárido com uma altitude de 181 m. Lagoa de velhos tem uma população de 2975 habitantes com 1496 homens e 1479 mulheres, divididos assim: menores de 1 ano 19, 1-4 anos 159, 5-9 anos 264, 10-19 anos 608, 20-59 anos 1499, acima de 60 anos 426 habitantes, que tem atendimento em uma UBS pertencente à prefeitura que se caracteriza por ser uma unidade mista, onde temos um equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), uma psicóloga, fisioterapeuta e um cardiologista além da existência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com profissionais como fisioterapia, fonoaudiologia, nutricionista e educador físico, há um centro básico de odontologia que faz extração, restauração, raspagem e orientações geral, não temos um centro especializado de odontologia, a realização de exames complementares são dois dias na semana, não sendo disponível no município o serviço hospitalar.

Em relação à população da área adstrita: temos uma população de 2975 habitantes, nossa unidade pode atender essa população, mas tem uma nova UBS em construção só para ESF que deve iniciar a prestação de serviço no final de ano, em atualidade um plantonista do atendimento de urgência dois dias na semana.

A UBS é urbana e está vinculada ao SUS e existe vínculo com as instituições de ensino e oferece um modelo de atenção mista, forma uma equipe de ESF composta por um médico clínico geral, um cirurgião dentista, uma enfermeira, uma auxiliar em saúde bucal e de enfermeira, sete agentes comunitário de saúde (ACS), um auxiliar de farmácia, um bioquímico, um educador físico, dois fisioterapeutas, uma fonoaudióloga, um médico cirurgião geral, uma nutricionista, uma psicólogo, um cardiologista e oito técnicos de enfermagem.

A UBS tem uma sala de espera aonde pode acomodar 15 pessoas, temos outras salas como uma de vacinas, de nebulização, de curativos, uma farmácia, uma copa/cozinha, um depósito para material de limpeza, sala de recepção lavagem e descontaminação de material, uma sala de esterilização que tem boas condições construção e limpeza, uma sala para resíduos sólidos e lixo. Existem quatro consultas com boa circulação de ar e boa iluminação só um tem banheiros, uma consulta de odontologia com ar e banheiro, tem três salas de internamento para criança, homens e mulheres com banheiros.

As principais atividades do médico são realização de atenção à saúde aos indivíduos, realizar consulta clínica, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS, domicílio e demais espaço comunitário, encaminhar usuários a outros pontos de atenção respeitando fluxos locais, realizar atividades programadas e de atenção a demanda espontânea. O ACS tem que trabalhar com adstrição de família sem base geográfica definida, cadastrar todas as pessoas de sua microrregião, orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde, a enfermagem tem que realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, realizar consulta de enfermagem, contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

As deficiências que mais atrapalham o desenvolvimento do trabalho na UBS é não ter sala de reuniões e educação em saúde para os ACS, temos deficiência de antropometria para adultos e criança assim como balança infantil, também falta de oftalmoscópio, negatoscópio, pote para coleta de escarro e a disponibilidade de sonar, otoscópio e glicosímetros são insuficientes o que dificulta a realização de consulta de hiperdia, de grávidas e os diagnósticos de doenças. Também temos dificuldades com a disponibilidade de medicamentos e manutenção e reposição de instrumentos e de mobiliário.

Para melhorar estes parâmetros nossa equipe teve uma reunião com o secretário de saúde e prefeito do município com objetivo de ter soluções para estas dificuldades.

Nossa equipe de ESF tem um planejamento para visitas ao domicílio de toda pessoa que precisa de cuidados especiais em saúde, além de as grávidas, puérperas, criança de 0 a 72 meses e idosos, temos também consulta agendadas de hiperdia, pré-natal, puericultura, realizando consultas na área de abrangência terça e quinta feira, também são realizada educação em saúde mediante palestras para grávidas, pessoas idosas, hipertensão e diabetes mellitus, ainda temos que realizar com adolescentes, idosos, saúde da mulher.

Há limitação como o mapeamento da área de atenção da equipe de saúde já que nele não tem incluídos os principais grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos. Temos que promover a participação da comunidade no controle social, em atividades de qualificação para o fortalecimento do controle social e em o gerenciamento dos insumos necessário para o adequado funcionamento da UBS.

Atenção à demanda espontânea tem mais dificuldade nos dias de consulta agendada de hiperdia, puericultura e pré-natal pela quantidade de usuários que procura atendimento nesses dias além dos dias que temos consultam nas comunidades que os usuários que procurem atendimento em UBS, orientando a os usuários retornar outro dia ou procurar serviço de pronto atendimento.

Em relação à Saúde da criança de 0 a 72 meses, em nossa unidade é feito acompanhamento por toda a equipe dois dias na semana, existe um protocolo de atendimentos que é utilizado nas consultas, temos um indicador de cobertura de 44%.

Depois de nascimento e antes dos sete dias é feito o teste do pezinho na primeira consulta de puericultura, onde se agenda e triagem auditivo em os primeiro 42 dias de vida, as vacinas e próxima consulta além de informações sobre aleitamento materno exclusivo, monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta, avaliação de saúde bucal, orientações para prevenção de acidentes, são feito o teste de Barlow e Ortolani para diagnóstico de luxação congênita do quadril todos os dados são registrada em prontuário e registro específico da puericultura. Os indicadores de qualidades são 100% em 11 parâmetros, só 1% de criança tem atraso da consulta agendada em mais de sete

dias. As atividades com grupos de mães das crianças da puericultura têm que ser mais sistemáticas.

Em relação ao pré-natal, em nossa UBS há acompanhamento de 25 grávidas no ano 2014, com uma cobertura de 56%, temos um registro específico para as gestantes e realizam monitoramento quinzenal aos prontuários para conhecer as faltosas e 80% delas teve início de seu pré-natal no primeiro trimestre, feito a solicitação dos exames de acordo com os protocolos vigentes, revisão do cartão de vacinas para sua atualização, além de avaliação de saúde bucal, nutrição, psicologia e acompanhamento por especialistas àquela que tem doenças crônicas, tem orientação de tomar sulfato ferroso depois das 20 semanas, de aleitamento materno exclusivo nos primeiro 6 meses, risco nas primeira semanas de gravidez, alimentação saudável, sintomas de início do trabalho de parto , cuidados de recém nascido em as palestras planificada por nosso equipe, toda grávida tem mais de 8 consultas médicas, temos que melhorar em os exames ginecológico já que temos uma cobertura de 8% ao início da gravidez e os demais indicadores de qualidade são de 100%.

Em relação ao puerpério, tem atendimento 19 mulheres com uma cobertura de 44%, e os seguintes indicadores de qualidade estão 100%: primeira consulta antes dos 42 dias onde receberam orientação sobre os cuidados do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, exame de mama e abdômen e planejamento familiar. Só 16% realizaram exame ginecológico nesse tempo e 3% foram avaliadas quanto a intercorrências.

Em relação ao controle de Câncer de colo de útero e de câncer de mama, em nossa UBS é realizada a coleta de exame citológico uma vez cada 15 dias em todos os turnos pela enfermagem a toda mulher de 25-64, com uma cobertura de 74%. Os atendimentos são registrados em livro de registro, prontuário clínico e formulário especial para citologia são arquivados e controlados pela enfermeira desde maio 2013. Este programa é planejado e avaliado pela enfermeira e coordenadora da atenção básica semestralmente, até agora foram feitas 154 cito patologias, sendo 8 insatisfatórias, só tem diagnóstico de malignidade de dois casos e já foram realizadas as cirurgias e estão em acompanhamento. Temos que continuar realizando palestras para que a mulheres tenham conhecimento sobre a coleta para a prevenção do câncer do colo para aumentar os números de mulheres com citopatologia feitas em nossa área de saúde, também falar sobre a utilização do

preservativo nas relações sexuais para prevenção de DTS. Os demais indicadores de qualidades são 26% de coletas com amostras satisfatórias, orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e sobre DST resulta 75%, temos que continua trabalhando com as faltosas com mais de 6 meses e busca ativa das mulheres que estão atrasadas com os exames de prevenção.

Sobre o câncer de mama nosso trabalho tem que ser maior porque não contamos com um programa específico para esta doença em nossa unidade. Só são feitas ações de educação para o reconhecimento de sinais e sintomas do câncer de mama, os rastreamentos são realizados em consulta e feitos aos usuários que refere alguns sintomas. Não existe livro dos resultados da mamografia pelo que os dados de mamografias alteradas e seguimentos desses casos não são possíveis, temos uma cobertura de 83%, neste período foram realizadas duas cirurgias por câncer de mama uma em mulher e outra em homem. Atualmente, foram feitas ações para as pesquisas de câncer de mama e nosso município foi incluído em um programa para fazer mamografias a toda mulher de 50 a 69 anos com risco de câncer de mama. As consultas a esse grupo etário não são agendadas e temos realizado palestras sobre o câncer de mama e colo de útero.

Em relação à Atenção aos hipertensos e diabéticos, em nossa unidade temos 271 hipertensos para uma cobertura de 44% e 83 diabéticos com uma cobertura de 47% os quais retiram pela farmácia popular os medicamentos deles, dois dias na semana se dedicam a consulta de hiperdia onde há acompanhamento com nutricionista, educador físico, odontologia, médico da família, enfermagem e cardiologista. Com objetivo de melhorar a cobertura e fazer um arquivo das pessoas com estas doenças foi dividido o município em sete regiões nas quais a população maior de 20 anos com risco de adquirir essas doenças são acompanhada mediante palestras com a participação de nossa equipe e o NASF, com dicas de vida saudável, informações sobre sintomas e complicações dessas doenças, a importância de fazer exercícios e de uma dieta saudável, além de fazer avaliação de pressão arterial e requerimentos de exame. Ainda temos que trabalhar para completar o arquivo onde ficaram os prontuários dos usuários com estas doenças. Os indicadores de qualidade têm que melhorar na assistência à consulta agendada que resultou 13%, os demais indicadores são em 100% para os diabéticos, na hipertensão os indicadores de qualidade de avaliação de saúde bucal está em 41% os demais estão com mais de 93%.

Em relação à Saúde dos idosos, temos registrado 170 pessoas idosas, mas ainda temos dificuldades com o cadastro das pessoas maior de 60 anos de nosso município, só temos 53% de cobertura agora à equipe está trabalhando para fazer um arquivo para registros específicos das pessoas idosas. Assim podemos verificar idosos faltosos, com riscos, e qualidade do atendimento especializada. Atualmente só realizamos consulta agendada a pessoas idosas com doenças crônicas ou com incapacidade física ou mental. Não temos cadernetas de saúde da pessoa idosa, 78% têm hipertensão e 39% diabetes mellitus, só 21% tem avaliação de saúde bucal em dia.

Nossa UBS tem um centro básico para a saúde bucal onde se realiza ações como aplicação de flúor, restauração, profilaxia, extração, raspagem e orientação geral, têm um dentista cirurgião e uma auxiliar em odontologia.

A capacidade instalada para ações coletivas e de 8 por semanas de 30 minutos cada unas e com 10 pessoas para um total de 80 pessoas que tem participação em atividades educativas, preventivas e escovação em os grupos de idosos, gestantes, hiperdia, pré escolares e escolares.

Na prática clínica a capacidade instalada e de 7 procedimento por turno de 4 horas, em 8 turnos por semana de 56 procedimentos por semanas, 231 por mês e 2541 por ano, para uma capacidade instalada de atendimento clinico de 0,9 procedimento por habitantes/ano.

A UBS de Lagoa de velhos tem como principais desafios fazer um perfil demográfico por idade/sexo da população na área adstrita já que o existente é do ano de 2010 para que os principais programas como câncer de mama, de colo de útero e saúde das pessoas idosas onde não existem dados registrados, além da necessidade de fazer atividade de promoção e prevenção com os grupos de riscos.

É necessário primeiro engajar a toda a equipe de trabalho, a população, o poder público e os gestores no controle do planejamento, responsabilização pela própria saúde individual e também pela saúde coletiva para eliminação de fatores de risco na comunidade. Na UBS não existe conselho local de saúde / conselho de gestão participativa o que dificulta os objetivos do engajamento público.

Os melhores recursos que apresenta nossa UBS, primeiro são os humanos com uma equipe de profissionais dedicada, apoio do NASF e o gestor do município já foi feita uma reunião com o prefeito e a secretaria de saúde com todo o equipe para melhorar o atendimento no município.

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

Fazendo um comentário comparativo entre o texto inicial de a situação da ESF/APS em meu serviço e este relatório percebe-se que houve um aumento no número de enfermidades crônicas depois das nossas visitas a domicílios (246/271) os hipertensos e (70/83) os diabéticos em para 38 casos novos, além do que o trabalho da equipe está vinculado mais com a promoção e prevenção de doenças assim como sua organização e planejamento das atividades da equipe com objetivo de diminuir os motivos de atendimento com as palestras planejadas nos diferentes cenários sobre modos de vida saudável, nutrição, as atividades físicas realizadas dois dia por semana e os planejamentos de consultas médicas a os grupos de riscos. Ainda temos deficiências nas ofertas de outras especialistas como ortopedia, pediatria, ginecologista, a deficiências de medicamentos dispensados pela farmácia para os atendimentos, excesso de atendimento diariamente. Recentemente, se fez uma parceria com um hospital da região para melhorar os atendimentos de urgência, obstetrícia e ginecologia, ortopedia. A nova UBS que está sendo construída e estará pronta nos próximos meses o que de forma geral vai também contribuir para melhorar nosso trabalho.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial (HA) é a mais frequente das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e o principal fator de risco para complicações cardiovasculares como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. A simplicidade de seu diagnóstico facilita a realização de estudos de prevalência populacional. A prevalência do diabetes mellitus (DM) vem crescendo mundialmente, configurando-se atualmente como uma epidemia resultante, em grande parte, do envelhecimento da população, contudo, o sedentarismo, a alimentação inadequada e o aumento da obesidade também são responsáveis pela expansão global do diabetes. As hospitalizações atribuíveis a DM representam 9% dos gastos hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil revelam valores de prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste.

As taxas de prevalência mostram que cerca de 20% dos adultos apresentam hipertensão, sem distinção por sexo, mas também com evidente tendência de aumento com a idade.

A prevalência da diabetes mellitus no Brasil é de 5,6% e no Rio Grande do Norte e de 5,8 % da população diz ter a doença.

A UBS de Lagoa de Velhos tem uma população de 2975 pessoas e uma equipe formada por um médico da família, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista cirurgião, um auxiliar dentista, um fisioterapeuta e um psicólogo e sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A UBS tem apoio do NASF com especialistas em nutrição, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e preparador físico.

Lagoa de Velhos tem 616 pessoas com 20 anos ou mais com HA e 176 pessoas com DM e até o mês de junho de 2014 tinha registrado 246 hipertensos e 70 diabéticos, atingindo uma cobertura de 40% para os dois, e depois que nossa equipe fez uma reorganização da consulta de hiperdia estes parâmetros chegaram a 44% (271) de pessoas com HA e 47% de diabéticos (83). A meta para atingir em quatro meses de intervenção é, em primeiro lugar, ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos para 66% e 68% respectivamente. Para fazer esta tarefa nossa equipe fará uma divisão em sete microrregiões de abrangência e faremos palestras e agendaremos consulta para toda pessoa com risco de desenvolver estas doenças, também aumentando o número de consultas semanais para 55 para a população alvo da intervenção, além da busca ativa pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outras metas a serem atingidas são: garantir 100% dos usuários com HA e DM com realização de exame clínico e complementares em dia de acordo com o protocolo, bem como priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular fazendo um novo cadastro; realizar a busca de 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos nas consultas na unidade de saúde conforme classificação do risco; realizar orientação nutricional sobre alimentação saudável para o qual temos uma consulta de nutrição dois dias na semana, práticas regulares de atividades física realizadas quatro dias por semana pelo preparador físico, e palestra sobre risco do tabagismo para tratamento dos fumantes na rede do SUS.

A intervenção é importante já que a HA e o DM pelos riscos de complicações cardiovascular, cerebrovascular, renal e de amputação de membro que podem ser causados por estas doenças. Nossa equipe está trabalhando para aumentar as coberturas destas doenças junto com o NASF para que os usuários tenham uma avaliação por vários especialistas como médico geral. As principais dificuldades são as avaliações odontológicas pela grande demanda de usuários como a avaliação de cardiologia, falta de endócrino, além da dificuldade dos acompanhamentos. A viabilidade da intervenção acontecerá pelo comprometimento de nossa equipe e do gestor municipal em aumentar a cobertura e qualidade das consultas de HA e DM.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Lagoa dos Velhos, Lagoa dos Velhos, RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Metas

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

Meta 1.1: Cadastrar 66% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 68% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativas ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Relativas ao Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto intervenção está estruturado para ser desenvolvida no período de 16 semanas com os usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus residentes na área de abrangência da UBS de Lagoa de velhos, Lagoa de velhos/RN.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Metas 1.1: Cadastrar 66% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão uma revisão mensal de o registro de atendimentos no arquivo do programa. A técnica de enfermagem vai buscar a folha de cadastro dos hipertensos, a técnica de odontologia buscará semanalmente o registro de usuários atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS. O farmacêutico vai fazer o registro dos medicamentos controlados mensalmente. O médico vai solicitar mensalmente registro individual de

todos os ACS dos usuários cadastrados como hipertensos. A enfermeira vai revisar o cadastro familiar preenchido recentemente por ACS.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir os registros dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Será feito um arquivo com os registros dos atendimentos de consulta de hipertensos e diabéticos. Responsável será a enfermagem.

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

Detalhamento: Os hipertensos serão acolhidos pela equipe de saúde e será garantido seu acompanhamento por meio do agendamento da próxima consulta de acordo com sua classificação de risco.

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

Detalhamento: O médico e enfermeira terão uma reunião mensal com a gestora para garantir material para a verificação da pressão arterial. Solicitar mensalmente tais materiais (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, glicômetro e acessórios) de acordo com as necessidades à gestora municipal.

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: Iremos utilizar todos os espaços educativos, técnicas de educação e comunicação popular em locais como escolas, igrejas para divulgar sobre a existência do Programa de Atenção à HA da unidade de saúde.

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

Detalhamento: Informar sobre a importância de verificar a HA, além de divulgar sobre os fatores de risco, ações de promoção e prevenção acerca desta temática. Vai ser feita por a técnica de enfermagem nos acolhimentos diários

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HA e DM.

Detalhamento: A equipe vai fazer palestras nas 7 microrregiões do município a cada 15 dias, a qual informará sobre a existência do programa e os fatores de risco de HA.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A enfermeira da equipe vai fazer mensalmente na consulta de enfermagem uma capacitação com os ACS sobre como fazer o cadastramento.

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

Detalhamento: A capacitação acerca da verificação da pressão arterial de forma criteriosa será realizada mensalmente, pela enfermeira da equipe e técnica do laboratório clínico.

Meta 1.2: Cadastrar 68% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de diabéticos cadastrados no programa de atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão uma revisão mensal de o registro de atendimentos no arquivo do programa. A técnica de enfermagem vai buscar a folha de cadastro da unidade de saúde, a técnica de odontologia buscará semanalmente o registro de usuários atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS. O farmacêutico vai fazer o registro dos medicamentos controlados mensalmente. O médico vai solicitar mensalmente registro individual de todos os ACS dos usuários cadastrados como diabéticos. A enfermeira vai revisar o cadastro familiar preenchido recentemente por ACS.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir os registros dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Será feito um arquivo com os registros dos atendimentos de consulta de hipertensos e diabéticos. Responsável será enfermagem.

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

Detalhamento: Os diabéticos serão acolhidos pela equipe de saúde e será garantido seu acompanhamento por meio do agendamento da próxima consulta de acordo com sua classificação de risco.

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

Detalhamento: O médico e enfermeira terão uma reunião mensal com a gestora para garantir material para realizar o hemoglicoteste na unidade de saúde. Solicitar mensalmente tais materiais necessários (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, glicômetro e acessórios) à gestora municipal.

Engajamento Público

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

Detalhamento: O médico vai orientar e informar a todos os usuários com risco de desenvolver a diabetes mellitus e atividades a fazer para evitar essa doença.

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

Detalhamento: A equipe vai fazer palestras nas 7 microrregiões do município a cada 15 dias, a qual informará sobre a existência do programa, os fatores de risco de HA e DM.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A enfermeira da equipe vai fazer mensalmente na consulta de enfermagem uma capacitação com os ACS sobre como fazer o cadastramento.

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: A capacitação acerca da verificação da pressão arterial de forma criteriosa será realizada mensalmente pela enfermeira da equipe e técnica do laboratório clínico.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Revisar as fichas individuais dos hipertensos atendidos pelo médico, enfermeira e odontólogo de nossa UBS.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O médico e enfermagem são os responsáveis pelo exame clínico de usuários hipertensos.

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

Detalhamento: Estabelecer a periodicidade mensal para capacitação dos profissionais.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Realizar encontro trimestral para atualização dos profissionais pelo médico.

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

Detalhamento: Disponibilizar a versão atualizada dos protocolos 36 e 37 de 2013 impressa na unidade de saúde.

Engajamento público.

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

Detalhamento: Esta ação será realizada nas palestras a cada 15 dias na microrregião de nosso município pela equipe de saúde e NASF, nas quais a

enfermeira e o médico vão dar informação sobre os riscos de HA para usuários que não realizam o tratamento.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico vai fazer capacitação trimestral da equipe para a realização de exame clínico apropriado apoiando-se em materiais e protocolos atualizados.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Revisar as fichas individuais dos diabéticos atendidos pelo o médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS fazendo o paralelo com os que têm o exame clínico apropriado.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O médico e enfermagem são os responsáveis pelo exame clínico de usuários diabéticos

Ação: Realizar as capacitações baseadas nos protocolos de Hipertensão e Diabetes.

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

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Realizar encontro trimestral para atualização dos profissionais pelo médico.

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

Detalhamento das ações: Imprimir a versão atualizada do protocolo 36 e 37 de 2013 na unidade de saúde.

Engajamento público.

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

Detalhamento: Esta ação será realizada nas palestras a cada 15 dias em microrregião de nosso município pela equipe de saúde e NASF, nas quais a enfermeira e o médico vão dar informação sobre os riscos de o DM em usuários que não realizam o tratamento.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento das ações: O médico vai fazer capacitação trimestral da equipe para a realização de exame clínico apropriado apoiando-se em materiais e protocolos atualizados.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Monitorar as fichas individuais dos hipertensos atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS monitorando o número deles com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e de acordo com periodicidade.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Nas consultas agendadas avaliar a necessidade de solicitação de exames pelo médico de ESF a usuários com HA de acordo a protocolos vigentes.

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

Detalhamento: Realizar reunião mensalmente com o gestor para conseguir a realização dos exames definidos no protocolo.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: Estabelecer na ficha de acompanhamento um espaço para sinalizar quando devem ser realizados novos exames, e estabelecer uma rotina de verificação dessas fichas para a equipe garantir a solicitação.

Engajamento público

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

Detalhamento: Utilizar todos os espaços educativos, técnicas de educação e comunicação popular, em locais de agrupação (escolas, igrejas), consultas médicas, de enfermeiras e de odontologia para orientar aos usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade.

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

Detalhamento: Nas palestras com a população realizar orientação aos usuários sobre importância de fazer exames para evitar as complicações destas doenças.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico vai capacitar a equipe sobre os exames complementares.

Fazer capacitação trimestral pelo médico da equipe e técnico de laboratório clínico sobre a periodicidade destes exames complementares.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Monitorar as fichas individuais dos diabéticos atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS monitorando o número deles com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e de acordo com periodicidade.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Nas consultas agendadas avaliar a necessidade de solicitação de exames pelo médico de ESF a usuários com DM de acordo a protocolos vigentes.

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

Detalhamento: Realizar reunião mensalmente com o gestor para conseguir a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: Estabelecer na ficha de acompanhamento um espaço para sinalizar quando devem ser realizados novos exames, e estabelecer uma rotina de verificação dessas fichas para a equipe garantir a solicitação.

Engajamento público

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

Detalhamento: Utilizar todos os espaços educativos, técnicas de educação e comunicação popular, em locais de agrupação (escolas, igrejas), consultas médicas, de enfermeiras e de odontologia para orientar aos usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade.

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

Detalhamento: Nas palestras com a população realizar orientação aos usuários sobre importância de fazer exames para evitar as complicações de estas doenças.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico vai capacitar a equipe sobre os exames complementares a fazer pelos usuários diabéticos. Fazer capacitação trimestral pelo médico da equipe e técnico de laboratório clínico sobre a periodicidade dos exames complementares.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O técnico de farmácia vai fazer mensalmente um monitoramento nas farmácias dentro da unidade e Farmácia Popular dos medicamentos de Hiperdia e o acesso dos usuários.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento das ações: O técnico de farmácia fará o controle de estoque mensalmente.

Engajamento público

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

Detalhamento: Essa informação será feita periodicamente em propaganda gráfica na farmácia da unidade de saúde, em palestras públicas. O responsável será a enfermeira e o técnico de farmácia.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: As capacitações para a equipe acontecerão trimestralmente pelo médico.

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

Detalhamento: O pessoal da farmácia popular vai capacitar a equipe acerca do acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O técnico de farmácia vai fazer mensalmente um monitoramento nas farmácias dentro da unidade e Farmácia Popular dos medicamentos de Hiperdia e o acesso dos diabéticos.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O técnico de farmácia fará o controle de estoque mensalmente.

Engajamento público

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

Detalhamento: Essa informação será feita periodicamente em propaganda gráfica na farmácia da unidade de saúde, em palestras públicas. O responsável será a enfermeira e o técnico de farmácia.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da diabetes.

Detalhamento: As capacitações para a equipe acontecerão trimestralmente pelo médico

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

Detalhamento: O pessoal da farmácia popular vai capacitar a equipe acerca do acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Monitorar durante as consultas dela fichas individuais dos hipertensos e diabéticos atendidos pelo médico, enfermeiras de nossa UBS monitorando o número deles que necessitam de atendimento odontológico.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Instituir rotina de avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos durante o exame físico.

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

Detalhamento: Odontólogo da UBS vai fazer trimestralmente a organização das ações para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Engajamento público

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

Detalhamento: Informar a comunidade sobre importância de realizar avaliação de saúde bucal em HA e DM nas palestras educativas na microrregião cada 15 dias e consulta de hiperdia tendo como responsável odontólogo.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Capacitação da equipe pelo odontólogo da unidade para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos HA, trimestralmente.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Monitorar durante as consultas das fichas individuais dos diabéticos atendidos pelo médico, enfermeiras de nossa UBS monitorando o número deles que necessitam de atendimento odontológico.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Instituir rotina de avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos durante o exame físico.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Odontólogo da UBS vai fazer trimestralmente a organização das ações para avaliação da necessidade de atendimento odontológico diabéticos.

Engajamento público

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

Detalhamento: Informar a comunidade sobre importância de realizar avaliação de saúde bucal em HA e DM nas palestras educativas na microrregião cada 15 dias e consulta de hiperdia tendo como responsável odontólogo.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Capacitação da equipe pelo odontólogo da unidade para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos DM, trimestralmente.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico e equipe de enfermagem vão fazer o monitoramento e cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Envolver os ACS da UBS na organização da ação semanalmente para realizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

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

Detalhamento: Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliárias deixando espaços definidos na agenda para esses usuários.

Engajamento público

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

Detalhamento: Oferecer palestras a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

Detalhamento: Oferecer espaços para que a comunidade possa ser ouvida quanto a sugestões para diminuir faltas.

Ação: Esclarecer aos portadores de HA, DM à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Utilizar todos os espaços educativos, blog municipal, técnicas de educação e comunicação popular, em locais de agrupação (escolas, igrejas), consultas médicas, de enfermeiras e de odontologia para orientar aos usuários e a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Capacitação trimestralmente pela enfermeira os ACS para a orientação de hipertensos quando realizar as consultas e sua periodicidade.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico e equipe de enfermagem vão fazer o monitoramento e cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo.

Organização e gestão do serviço

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Envolver os ACS da UBS na organização da ação semanalmente para realizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

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

Detalhamento: Organizar a agenda para acolher diabéticos provenientes das buscas domiciliares deixando espaços definidos na agenda para esses usuários.

Engajamento público

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

Detalhamento: Oferecer palestras a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

Detalhamento: Oferecer espaços para que a comunidade possa ser ouvida quanto a sugestões para diminuir faltas.

Ação: Esclarecer aos portadores de HA, DM à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento das ações: Utilizar todos os espaços educativos, blog municipal, técnicas de educação e comunicação popular, em locais de agrupação (escolas, igrejas), consultas médicas, de enfermeiras e de odontologia para orientar aos usuários e a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Capacitação trimestralmente pela enfermeira os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quando realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais com a equipe monitorar a qualidade dos registros de hipertensos na unidade de saúde feitos semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Monitoramento mensal das informações do SIAB pela equipe de enfermagem.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Continuar preenchendo as fichas de acompanhamento

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Pactuar com a equipe o registro das informações e monitoramento mensal

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento das ações: Definir a enfermeira como 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: Criar e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao acompanhamento de hipertensos com monitoramento mensal.

Será realizada uma reunião com equipe de saúde e NASF com objetivo de pactuar que toda informação importante deve ser registrada na ficha de acompanhamento.

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 palestras na microrregião realizará orientações aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Realizar reuniões de capacitação da equipe da unidade de saúde para o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.

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

Detalhamento: Fazer capacitação mensal pelo médico e enfermeira para capacitar a equipe sobre o preenchido de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, além da capacitação para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais com a equipe monitorar a qualidade dos registros de diabéticos na unidade de saúde feitos semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Monitoramento mensal das informações do SIAB pela equipe de enfermagem.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Continuar preenchendo as fichas de acompanhamento

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Pactuar com a equipe o registro das informações e monitoramento mensal

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Definir a enfermeira como 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: Criar e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao acompanhamento de diabéticos, com monitoramento mensal.

Será realizada uma reunião com equipe de saúde e NASF com objetivo de pactuar que toda informação importante deve ser registrada na ficha de acompanhamento.

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 palestras na microrregião realizará orientações aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Realizar reuniões de capacitação da equipe da unidade de saúde para o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

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

Detalhamento: Fazer capacitação mensal pelo médico e enfermeira para capacitar a equipe sobre o preenchido de todos os registros necessários ao acompanhamento dos diabéticos, além da capacitação para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Monitorar as fichas individuais dos hipertensos atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS fazendo o paralelo com as que têm realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Priorizar as consultas e visitas domiciliares dos usuários avaliados como de alto risco

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Devem ter atendimento no momento sempre que procura atendimento, responsável médico e enfermeira, permanentemente.

Engajamento público

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

Detalhamento: Utilizar todos os espaços educativos, consultas médicas, de enfermeiras, de odontologia, visitas domiciliares e os ACS para orientar aos 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: Nas palestras esclarecer aos usuários e a comunidade quanto a importância do adequado controle de fatores de risco.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico capacitará a equipe mensalmente para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões de órgão alvo

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

Detalhamento: Capacitar a equipe mensalmente sobre a importância do registro dela avaliação de risco sendo responsável a enfermeira.

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

Detalhamento: Capacitação será feita pela nutricionista, preparador físico e o médico da equipe quanto à estratégia para o controle de fatores de risco modificáveis como alimentação, obesidade, sedentarismo, fumantes.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Monitorar as fichas individuais dos diabéticos atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS fazendo o paralelo com as que têm realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Priorizar as consultas e visitas domiciliares dos usuários avaliados como de alto risco.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Devem ter atendimento no momento sempre que procura atendimento, responsável médico e enfermeira, permanentemente.

Engajamento público

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

Detalhamento: Utilizar todos os espaços educativos, consultas médicas, de enfermeiras, de odontologia, visitas domiciliares e os ACS para orientar aos 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: Nas palestras esclarecer aos usuários e a comunidade quanto a importância do adequado controle de fatores de risco.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico capacitará a equipe mensalmente para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões de órgão alvo.

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

Detalhamento: Capacitar a equipe mensalmente sobre a importância do registro dela avaliação de risco, responsável enfermeira.

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

Detalhamento: Capacitação será feita pela nutricionista, preparador físico e o médico da equipe quanto à estratégia para o controle de fatores de risco modificáveis como alimentação, obesidade, sedentarismo, fumantes.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: Revisar e monitorar as fichas individuais dos hipertensos e diabéticos atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS fazendo o paralelo com as que têm realização de orientação nutricional. A nutricionista e o NASF vão monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Nas palestras que vão ser feitas nas microrregiões cada mês a nutricionista faz práticas coletivas sobre alimentação saudável

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

Detalhamento: A nutricionista terá dois dias por semana para atendimento.

Engajamento público

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

Detalhamento: Orientar hipertensos e suas famílias sobre a importância de alimentação saudável em palestras, visitas domiciliares, em divulgação feita em o blog do município, responsável médico, enfermeira, ACS, gestor municipal.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Nutricionista da equipe de NASF fará uma capacitação mensal para os integrantes da equipe de saúde

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

Detalhamento: Capacitação da equipe de saúde sobre metodologia de educação em saúde trimestralmente.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento: Revisar e monitorar as fichas individuais dos diabéticos atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS fazendo o paralelo com as que têm realização de orientação nutricional. A nutricionista e o NASF vão monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Nas palestras que vai ser feitas nas microrregiões cada mês a nutricionista faz práticas coletivas sobre alimentação saudável

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

Detalhamento: A nutricionista terá dois dias por semana para atendimento.

Engajamento público

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

Detalhamento: Orientar diabéticos e suas famílias sobre a importância de alimentação saudável em palestras, visitas domiciliares, em divulgação feita em o blog do município, responsável médico, enfermeira, ACS, gestor municipal.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Nutricionista da equipe de NASF fará uma capacitação mensal para os integrantes da equipe de saúde

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

Detalhamento das ações: Capacitação da equipe de saúde sobre metodologia de educação em saúde trimestralmente.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Revisar e monitorar as fichas individuais dos hipertensos atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS fazendo o paralelo com as que têm realização de orientação para atividade física regular.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Sensibilizar educador físico para organizar as práticas de atividade física.

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

Detalhamento: O gestor envolverá o educador físico do NASF e ele fará duas atividades semanais para HA nas manhãs de segunda e quarta feira e para a população geral nas tardes.

Engajamento público

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

Detalhamento: A equipe em geral fará orientação aos hipertensos e comunidade sobre importância da prática de atividade física regular, além de informações no blog municipal feita pela gestora.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A enfermeira da equipe de saúde fará capacitação mensal sobre a promoção da prática de atividade física regular para toda a equipe.

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

Detalhamento: O educador físico da equipe de saúde fará capacitação mensal sobre a promoção da prática de atividade física regular para toda a equipe.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Revisar e monitorar as fichas individuais dos diabéticos atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS fazendo o paralelo com as que têm realização de orientação para atividade física regular.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Sensibilizar educador físico para organizar as práticas de atividade física.

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

Detalhamento das ações: O gestor envolverá o educador físico do NASF e ele fará duas atividades semanais para DM nas manhãs de segunda e quarta feira e para a população geral nas tardes.

Engajamento público

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

Detalhamento: A equipe em geral fará orientação aos diabéticos e comunidade sobre importância da prática de atividade física regular, além de informações no blog municipal feita pela gestora.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A enfermeira da equipe de saúde fará capacitação mensal sobre a promoção da prática de atividade física regular para toda a equipe.

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

Detalhamento: O educador físico da equipe de saúde fará capacitação mensal sobre a promoção da prática de atividade física regular para toda a equipe.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Monitorar as fichas individuais dos hipertensos atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS fazendo o paralelo com as que têm realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Solicitar a secretaria de saúde e gestores a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Engajamento público

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

Detalhamento: Utilizar todos os espaços informativos, audiovisual, blog municipal, técnicas de educação e comunicação popular, locais de agrupação (escolas, igrejas), consultas médicas, de enfermeiras, de odontologia, visitas domiciliares e pôr os ACS para orientar os hipertensos e a comunidade sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Capacitação pelo médico e enfermagem da equipe para o tratamento de usuários com tabagismo trimestralmente

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

Detalhamento: Capacitação da equipe da unidade de saúde sobre metodologia de educação em saúde trimestralmente.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Monitorar as fichas individuais dos diabéticos atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS fazendo o paralelo com as que têm realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Solicitar a secretaria de saúde e gestores a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Engajamento público

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

Detalhamento: Utilizar todos os espaços informativos, audiovisual, blog municipal, técnicas de educação e comunicação popular, locais de agrupação (escolas, igrejas), consultas médicas, de enfermeiras, de odontologia, visitas domiciliares e pôr os ACS para orientar os diabéticos e a comunidade sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Capacitação pelo médico e enfermagem para a equipe para o tratamento de usuários com tabagismo trimestralmente

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

Detalhamento: Capacitação da equipe da unidade de saúde sobre metodologia de educação em saúde trimestralmente

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento das ações: Revisar e monitorar as fichas individuais dos hipertensos atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS fazendo o paralelo com as que têm realização de orientação sobre higiene bucal.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Na consulta do odontólogo garantir orientação individualmente a cada hipertenso e diabético sobre higiene bucal.

Engajamento público

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

Detalhamento: Utilizar todos os espaços educativos, blogs municipais, técnicas de educação e comunicação popular, locais de agrupação (escolas, igrejas), consultas médicas, de enfermeiras, de odontologia, visitas domiciliais e pôr os ACS para orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Capacitação pelo odontólogo a equipe sobre higiene bucal, trimestralmente.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Revisar e monitorar as fichas individuais dos diabéticos atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS fazendo o paralelo com as que têm realização de orientação sobre higiene bucal.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Na consulta do odontólogo garantir orientação individualmente a cada diabético sobre higiene bucal.

Engajamento público

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

Detalhamento: Utilizar todos os espaços educativos, blogs municipais, técnicas de educação e comunicação popular, locais de agrupação (escolas, igrejas), consultas médicas, de enfermeiras, de odontologia, visitas domiciliais e pôr os ACS para orientar os 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: Capacitação pelo odontólogo a equipe sobre higiene bucal, trimestralmente.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 66% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção a HA e a DM da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a HA e a DM da unidade de saúde

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

Meta 1.2: Cadastrar 68% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção a HA e a DM da unidade de saúde

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

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a HA e a DM da unidade de saúde

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame clínico apropriado

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

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

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

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos

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

Indicadores 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencente a área de abrangência da unidade de saúde

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

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

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

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa pertencente a área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos as consultas médicas com busca ativa.

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosa as consultas.

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

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos as consultas médicas com busca ativa

Numerador: Número de diabéticos faltosos as consultas médicas com busca ativa

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

Objetivo 4: Melhorar os registros das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

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

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Numerador: número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável

Denominador: número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Começaremos a intervenção com a capacitação sobre o caderno de atenção básica número 36 (Diabetes Mellitus) e 37 (Hipertensão Arterial) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013 a, b).

Utilizaremos a ficha espelho disponibilizada pelo curso da UFPel para hipertensos e diabéticos, a qual irá possibilitar registrar todos os dados necessários para calcular os indicadores e fazer o acompanhamento dos usuários na ação programática. Assim, o médico e enfermeira farão o preenchimento da ficha espelho durante as consultas. Quando o médico fizer a leitura dos resultados dos exames complementares e exame clínico transcreverá os resultados dos exames para o prontuário e ficha espelho. Os ACS irão realizar o registro de todos os usuários da área com mais de 20 anos com doenças diagnosticadas, fazendo o cadastro na ação programática daqueles que não estão sendo acompanhado e assim ter bom controle de cada um deles, com o objetivo de conhecer mensalmente durante os próximos quatro meses quais usuários tem que fazer os exames por tempo preconizado e se estão faltosos para agendar a consulta o mais rápido possível.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarão o serviço em os próximos 4 meses será feita pela técnica de enfermagem e a enfermeira vai monitorar esta atividade, os usuários com pressão arterial $>139/89$ MMHG e glicemia jejum >126 MG/dl serão atendidos pelo médico no mesmo turno para ampliar a cadastramento de HA e DM. Os hipertensos e diabéticos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para solicitar os exames complementares. Os HA e DM que buscam consultas de rotina terão prioridade no agendamento. Todo usuário hipertenso e diabético sairá da UBS com a próxima consulta agendada. O médico vai capacitar a técnica de enfermeira sobre acolhimento.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas em HA e DM não há necessidade de alterar a organização de agenda, estes serões priorizados nas consultas disponíveis para pronto atendimento, sendo responsável a enfermeira. Para agendar os HA e DM provenientes de busca ativa serão reservadas 10 consultas por semana.

Utilizaremos a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso, para acompanhar as ações realizadas e obter o cálculo dos indicadores. A enfermeira e a técnica de enfermagem vão examinar o registro específico, identificando aqueles usuários que estão com exames em atraso, os faltosos, com exames alternados e em reunião com a equipe de saúde os ACS irão tomar conhecimento destes usuários para que sejam visitados e realizada a busca ativa dos hipertensos e diabéticos. Ao final de cada semana as informações serão consolidadas pela enfermeira e médico.

Serão realizadas capacitações com toda a equipe. A capacitação sobre o cuidado da pessoa com Doença Crônica HA e DM. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS e para realização desta serão reservadas duas horas ao final do expediente no horário tradicional utilizado para reunião de equipe mensalmente. A coordenação da unidade de saúde vai monitorar a realização da capacitação, a organização e gestão da capacitação vão ser feitas pela enfermeira, gestora municipal e a responsável pela impressão de 20 protocolos de HA e DM e a enfermeira vai fazer entrega e orientação à equipe dos principais temas a estudar. O médico será responsável pela capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade.

Serão realizados grupos de hipertensos e diabéticos os quais vai ter atividades mensalmente com a equipe de saúde para ter orientações sobre os principais riscos destas doenças, palestras sobre alimentação saudável e da importância de fazer exercício.

Para sensibilizar a comunidade faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas três igrejas da área de abrangência e pelo blog do município, responsável será o gestor e médico que apresentarão o projeto esclarecendo a importância do cadastramento na consulta e solicitaremos apoio da comunidade para envolver todos os usuários para garantir os exames em dia e evitar os usuários faltosos.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Conforme orientação do curso houve a necessidade do encurtamento da intervenção de 16 para 12 semanas, para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 7 ao calendário estabelecido com a Universidade. Foram desenvolvidas ações nos quatro eixos da intervenção (Organização e Gestão do Serviço; Monitoramento e Avaliação, Qualificação da Prática Clínica; e Engajamento Público) as quais possibilitaram alcançar melhorias significativas na ação programática, com melhoria dos indicadores de qualidade de hipertensão e diabetes.

As ações previstas no eixo "Monitoramento e Avaliação" foram desenvolvidas durante a intervenção através do cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos no Programa e do preenchimento diário da planilha de coleta de dados fornecida pelo curso, a qual foi acompanhada e atualizada com dados da intervenção semanalmente por toda equipe.

No eixo "Organização e Gestão do Serviço" as reuniões com a ESF foram efetivadas, inicialmente com a apresentação do Projeto, da ficha espelho da intervenção e da planilha de coleta de dados anteriormente ao início da intervenção e depois semanalmente para apresentação e análise de dados parciais, avaliação da intervenção em si, discussão de dúvidas e escuta de sugestões para aprimoramento contínuo.

Ocorreu a divulgação da intervenção tanto na própria unidade quanto durante as visitas domiciliares dos ACS. Além disso, realizamos a capacitação da equipe, organizamos busca ativa aos faltosos, divulgamos com ajuda dos ACS o projeto em ambientes comunitários e realizamos atividades coletivas sobre alimentação saudável, práticas de atividades físicas, tabagismo e saúde bucal. Pode-se considerar que tais ações foram cumpridas integralmente.

Em relação ao eixo "Engajamento Público", a mobilização dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e familiares para a participação na intervenção não encontrou dificuldades, pois contou com a participação de toda equipe, da ajuda dos ACS e da secretaria de saúde que contribuiu na divulgação.

Palestras educativas foram realizadas com esclarecimento de dúvidas e transmissão de orientações. No eixo "Qualificação da Prática Clínica" as ações foram realizadas durante as doze semanas da intervenção como a atualização do manejo em hipertensão e diabetes para toda a equipe, capacitações sobre os protocolos 36 e 37, sobre riscos destas doenças e o que fazer para que nosso trabalho diário satisfaça os objetivos da intervenção.

Iniciou uma consulta de tratamento de tabagismo com dois grupos de usuários fumantes de 20 cada um que tem acompanhamento médico, enfermeira, nutricionista, psicóloga e preparador físico, com o qual estamos promovendo saúde.

Os ACS vão continuar a busca ativa de toda pessoa com risco de desenvolver estas doenças nas visitas domiciliares.

A capacitação para os ACS sobre como realizar o cadastramento de hipertensos e diabéticos e as técnicas para a verificação da pressão arterial além de orientação sobre a realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos é feita semanalmente pela enfermagem no encontro semanal com os ACS.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas para intervenção foram realizadas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em geral não foram encontradas dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores.

Terminando a intervenção com os indicadores de qualidade em 100% o que efetivam os princípios de integralidade e universalidade.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Os profissionais estão trabalhados bem e com o envolvimento da equipe na sistematização das ações programáticas atendendo ao protocolo estamos caminhando para a integração da intervenção à rotina do serviço.

A incorporação das ações previstas no projeto a rotina dos serviços é uma realidade para benefício dos usuários de nosso município e que tem aprovação do gestor municipal e da equipe de profissionais da UBS o que dá viabilidade da continuidade das ações programáticas.

Foi incorporada outra enfermeira a nossa equipe e vai ser incorporado outro médico para fazer plantão e trabalhar com as urgências o que vai favorecer o trabalho de prevenção, também a nova UBS será inaugurada nos próximos meses.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nossa intervenção objetivou a melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na UBS Lagoa de Velhos. Com os objetivos de ampliar as coberturas aos hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a qualidade em sua atenção, a adesão ao programa de Hiperdia, melhorar os registros das informações, mapear quais tinham risco para doença cardiovascular e promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Metas: Cadastrar 66% dos hipertensos e 68% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos na unidade de saúde.

Na área adstrita da UBS existe uma população alvo de 616 hipertensos e 176 diabéticos, a intervenção focalizou o cadastramento dos usuários hipertensos (HA) e /ou diabéticos (DM) no programa e do preenchimento diário da planilha de coleta de dados a qual foi acompanhada e atualizada com dados da intervenção semanalmente por toda a equipe.

Lagoa de Velhos tem 616 pessoas com 20 anos ou mais com HA e 176 pessoas com DM e deles são tinham seguimento regular na consulta de Hiperdia o 44% (271) de pessoas com HA e 47% de diabéticos (83). Ao longo da intervenção foi feito o cadastramento e avaliação de HA e DM que em os três meses se comportaram dela seguinte forma: primeiro mês foi cadastrado 151 HA resultando 24,5% e 48 DM resultando 27,3%, no segundo mês foram cadastrados 251 HA (40,7%) e 72 DM (40,9) e no terceiro mês terminamos a intervenção com 326

hipertensos e 90 diabéticos que representam 52,9% e 51,1% respectivamente (Figuras 1 e 2).

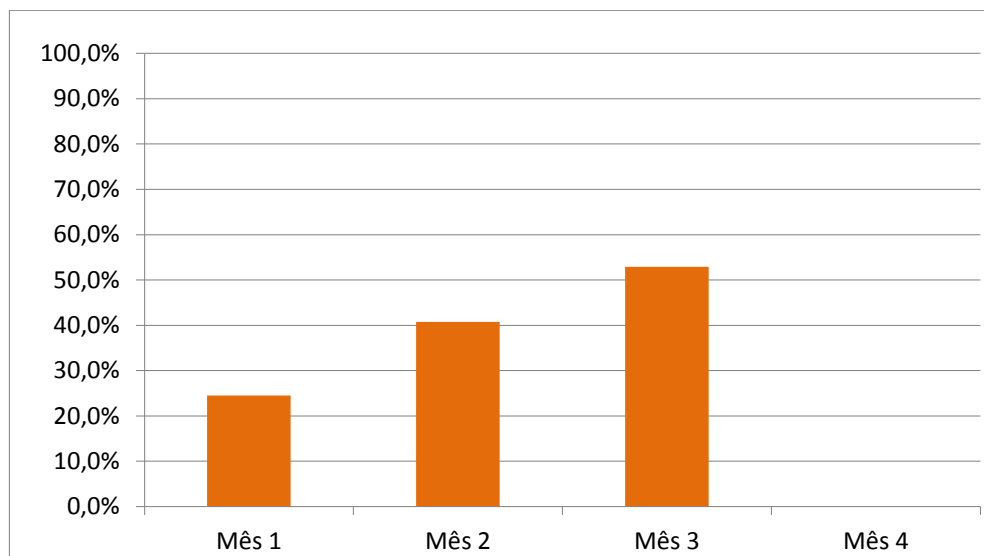


Figura 1: Gráfico representativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

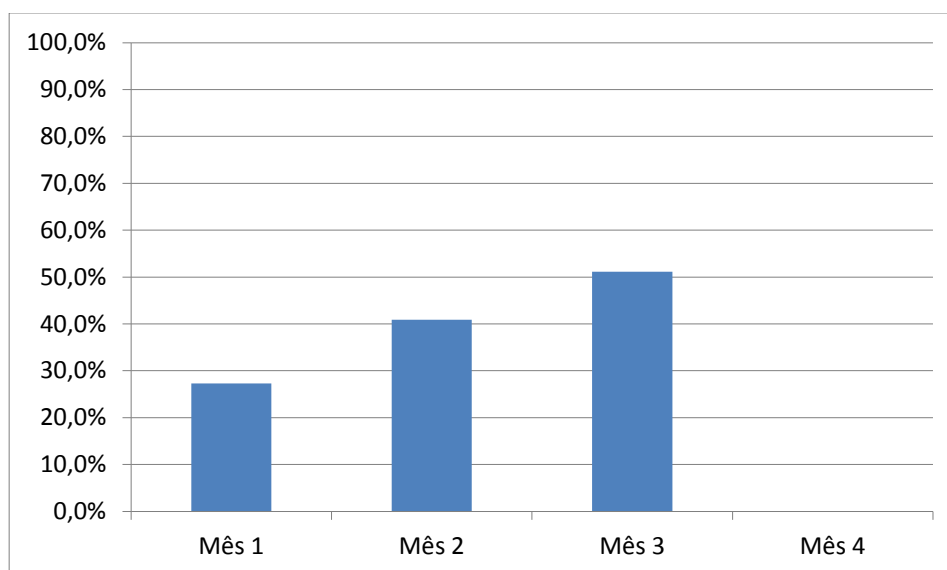


Figura 2: Gráfico representativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

As ações que mais auxiliaram no cadastramento e avaliação de maiores números de usuários com essas doença foi o trabalho da equipe (ACS, enfermeira, técnico de enfermagem, médico, equipe do NASF, odontólogo), aos líderes comunitários, o gestor, a divulgação de nossa intervenção pelo diferentes meios de informação, a realização de capacitação da equipe, organização de busca ativa aos faltosos, divulgamos com ajuda dos ACS o projeto em ambientes comunitários e

realizamos atividades coletivas sobre alimentação saudável, práticas de atividades físicas, tabagismo e saúde bucal.

Os hipertensos e diabéticos foram acolhidos pela equipe de saúde e garantidos seu acompanhamento por meio do agendamento da próxima consulta de acordo com sua classificação de risco. Que foi garantido o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e do hemoglicoteste (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, glicômetro e acessórios) na unidade de saúde.

Não foram atingidas as metas iniciais porque a intervenção foi reduzida de 16 a 12 semanas, a demanda excessiva de consulta de urgência em nossa unidade onde só temos um médico trabalhando.

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

Meta: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos em dia.

Indicador 2: Proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínica apropriada de acordo com protocolo

Foram avaliados 100% dos (326) HA e (90) DM cadastrados na intervenção com exame clínico de acordo com o protocolo pelo médico da ESF nas consultas agendadas.

Todos usuários HA e DM que foram cadastrados e avaliados cada mês em nossa intervenção tem exame clínico apropriado já que cada profissional da equipe teve uma capacitação como fazer o exame clínico de acordo os protocolos 36 e 37 de HÁ e DM respectivamente. Além do exame clínico feito pelo cardiologista. Na realização dos exames clínicos dos hipertensos e diabéticos não encontramos dificuldades.

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

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

Indicador 3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Todos usuários têm realizados os exames complementares em dia de acordo com o protocolo em todos os meses da intervenção.

Os usuários têm os exames complementares em dia já que os ACS têm um controle do arquivo da consulta e com visitas domiciliares dão seguimento aos usuários que tem que realizar exames com indicação médica, além de cada usuário

tem que trocar as receitas dos medicamentos a cada três meses aproveitando para fazer avaliação de realização de exame. Os exames que não são feitos na unidade de saúde, o gestor autoriza fazer em hospital regional sem custo para o usuário.

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

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

Indicador 4: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada.

No primeiro mês, 94% dos usuários tinham prescrição de medicamentos da farmácia popular e o gestor municipal buscou alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e alcançando 100% de acesso a medicamentos da farmácia popular/Hiperdia nos demais meses da intervenção.

Mantemos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

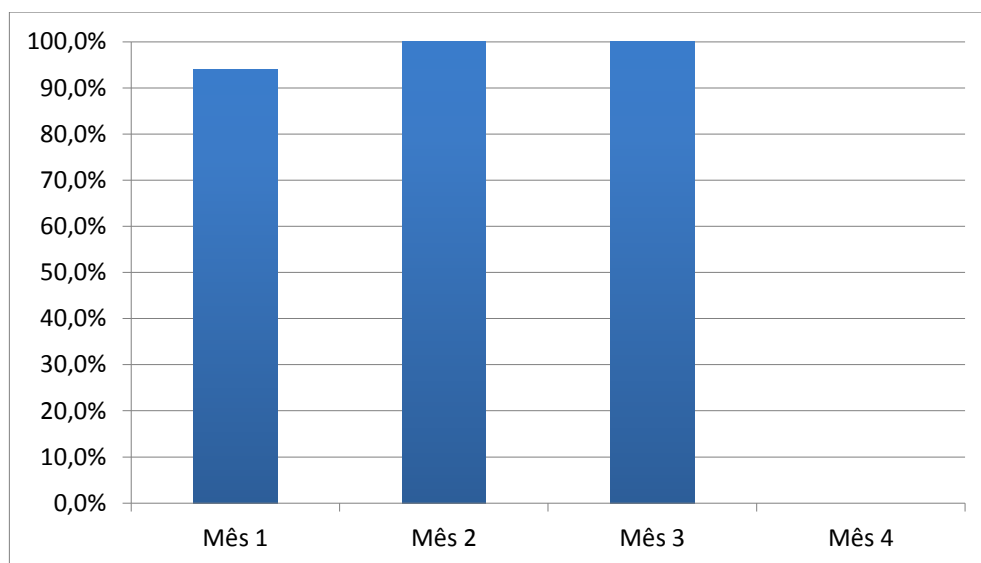


Figura 3: Gráfico representativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada

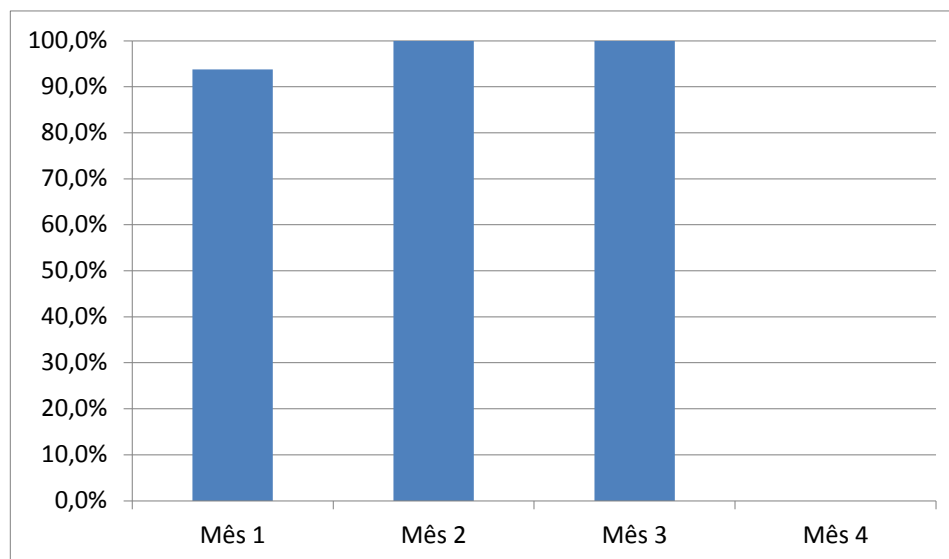


Figura 4: Gráfico representativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada.

Quando analisamos a proporção de usuários nos três meses da intervenção quem tinham medicamentos da farmácia popular/Hiperdia: no primeiro mês foi 93,8%, (9) e depois os dois meses seguinte foi de 100%.

Ação que mais auxílio foi que 100% dos usuários com consulta de Hiperdia tivessem prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia resultado do apoio do gestor municipal que garantiu que todos os usuários tenham os medicamentos.

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

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

Indicador 5: Proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

Organizarem ações para que 100% dos hipertensos e diabéticos fossem avaliados da necessidade de atendimento odontológico.

Durante os três meses da intervenção, 100% dos hipertensos e diabéticos tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico. A odontóloga fez capacitação à equipe sobre necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. Organizamos com odontóloga sua agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico as sextas feiras.

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

Meta: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade

Indicador 6: Proporção de hipertensos e diabéticos faltosos as consultas médicas com busca ativa.

No primeiro mês tivemos 13 usuários faltosos à consulta com busca ativa pelos ACS as quais a consulta foi agendada na mesma semana. Já nos meses dois e três, só tivemos um usuário faltoso à consulta com busca ativa.

A ação que mais auxiliou a busca ativa de faltoso a consulta foi envolver os ACS da UBS na organização da ação semanalmente para realizar visitas domiciliares para buscar os faltosos, além de organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas e esclarecer aos portadores de HA, DM à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Objetivo: Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 7: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Todos hipertensos e diabéticos tiveram um registro adequado durante os três meses da intervenção.

Para que 100% dos hipertensos e diabéticos tivessem um registro adequado na ficha de acompanhamento, organizamos um arquivo para a ficha de acompanhamento de HA e DM além de capacitar a equipe sobre o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

Fizemos uma reunião com equipe de saúde e NASF com objetivo de pactuar que toda informação importante deve ser registrada na ficha de acompanhamento de HA.

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

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

Indicador 8: Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação do risco cardiovascular.

Todos os HA e DM tiveram a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia e os que tiverem risco elevado foram avaliados em consulta do cardiologista urgentemente.

O que facilitou esta ação foi que o médico capacitou a equipe mensalmente para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões de órgão alvo.

A nutricionista, preparador físico e o médico da equipe realizaram palestras quanto à estratégia para o controle de fatores de risco modificáveis como alimentação, obesidade, sedentarismo, fumantes.

As fichas individuais dos hipertensos e diabéticos atendidos foram monitoradas pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS fazendo o paralelo com as que têm realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Objetivo: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Indicador 9: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Todos os usuários tiveram orientação nutricional sobre alimentação saudável durante a intervenção.

As ações que mais ajudarem em nosso trabalho foi, as práticas coletivas sobre alimentação saudáveis feitas pela nutricionista sobre HA e DM, as capacitações mensalmente feitas para os integrantes da equipe de saúde sobre alimentação saudável e a consulta de nutrição.

Objetivo: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Indicador 10: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

A população em geral tiver orientação sobre prática de atividade física regular e 100% dos usuários da consulta de Hiperdia durante as 12 semanas de intervenção.

As ações que mais contribuíram foram as orientações a hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Que o educador físico fez práticas de atividade física dois dias por semana com a comunidade.

Objetivo: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Indicadores 11: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Todos os usuários tiveram orientação sobre os riscos do tabagismo. As ações que ajudaram foram a capacitação pelo médico e enfermagem para a equipe sobre o tratamento de usuários com tabagismo trimestralmente.

Objetivo: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Indicador 12: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Todos usuários tiveram orientação sobre higiene bucal. A enfermeira fez o monitoramento das fichas individuais dos hipertensos e diabéticos atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS. A odontóloga tem um dia na semana para avaliação dos usuários da consulta de Hiperdia.

4.2 Discussão

A intervenção, em nossa unidade básica de saúde, (UBS de Lagoa de velhos) propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos. Terminamos nossa intervenção depois de dozes semanas com 353 usuários cadastrados na consulta (326 hipertensos e 90 diabéticos resultando em uma cobertura de 52,9% de hipertensos e 51,1% de diabéticos).

A melhoria dos registros e a qualidade da atenção aos usuários com destaque para os hipertensos e diabéticos que tiverem um exame clínico apropriado para suas doenças, os exames complementares foram indicados e avaliados na data acorde com os protocolos (36 e 37 de hipertensão e diabetes). Os 100% dos usuários cadastrados na consulta de hiperdia tem prescrição de medicamentos das

farmácias popular/Hiperdia e avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Além disso, 100% dos usuários tem estratificação de risco cardiovascular e os usuários avaliados com alto risco são avaliados na consulta do cardiologista cada três meses. E iniciamos consulta de tratamento de tabagismo com dois grupos de usuários fumantes de 20 cada um que tem acompanhamento médico, enfermeira, nutricionista, preparador físico e psicólogo com o qual estamos promovendo saúde.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativa ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, odontóloga, técnico de saúde bucal, ACS, pessoal do NASF e da recepção e cardiologista.

O médico fez a atualização do manejo em hipertensão e diabetes para toda a equipe, capacitações sobre os protocolos 36 e 37, sobre riscos destas doenças e o que fazer para que nosso trabalho diário satisfaça os objetivos da intervenção.

A mobilização dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e familiares para a participação na intervenção, contou com a participação de toda equipe e da ajuda da secretaria de saúde que contribuiu na divulgação.

A capacitação para os ACS sobre como realizar o cadastramento de hipertensos e diabéticos e as técnicas para a verificação da pressão arterial além de orientação sobre a realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos é feita semanalmente pela enfermagem no encontro semanal com os ACS.

Iniciou uma consulta de tratamento de tabagismo com dois grupos de usuários fumantes de 20 cada um que tem acompanhamento médico, enfermeira, nutricionista, preparador físico e psicólogo.

A capacitação à equipe para oferecer orientações de higiene bucal é feita pela odontóloga. A nutricionista e o preparador físico fazem orientação nutricional sobre alimentação saudável, pratica de atividade física regular.

O cardiologista avalia mensalmente os usuários com risco cardiovascular e os ACS continuam a busca ativa de toda pessoa com risco de desenvolver estas doenças nas visitas domiciliares.

Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço já que melhoraram os registros e os agendamentos dos usuários na consulta de Hiperdia,

assim como sua avaliação pelas demais especialidades. Os hipertensos e diabéticos tem um dia na semana para sua avaliação pelo médico, enfermeira, odontóloga, nutricionista, psicóloga, preparador físico e uma vez no mês pelo cardiologista, além das visitas domiciliares da equipe e ACS.

Fizemos um arquivo para as planilhas de acompanhamentos dos usuários para os hipertensos e diabéticos que cheguem à unidade de saúde com alguma urgência sempre vai ter acompanhamento e atendimento em no dia.

Os usuários da consulta de hiperdia tem garantido a realização dos exames complementares de acordo a protocolo 36 e 37 pela gestão feita pelo prefeito e secretaria de saúde.

Antes da intervenção as atividades de atenção à hipertensão e diabéticos eram concentradas no médico. Com a intervenção se reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas.

A melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e diabéticos as quartas ferias viabilizou a otimização da agenda para a atenção a demanda espontânea.

Criamos um agendamento organizado para o atendimento odontológico os usuários da consulta de Hiperdia e garantimos o acesso ao serviço de vacina, farmácia popular/Hiperdia, consultas de nutrição, cardiologia, psicologia.

A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização dos atendimentos dos mesmos.

A intervenção está incorporada a rotina do serviço e para manter isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os que têm alto risco cardiovascular.

O impacto da intervenção ainda e pouca percebida pela comunidade. Mas o trabalho de nossa equipe com as palestras em as microrregiões está mudando essa opinião nas comunidades. Os hipertensos, diabéticos e os familiares destes demostram satisfação com a prioridade nos atendimentos, porem gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura.

A intervenção poderia ter sido facilitada desde o análise situacional assim eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de programar isto.

Agora que estamos no fim do projeto, podemos ver que nossa equipe está integrada e que nosso trabalho é viável, porém, como incorporamos à intervenção a rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A incorporação das ações previstas no projeto a rotina dos serviços é uma realidade para benefício dos usuários de nosso município e que tem aprovação do gestor municipal e da equipe de profissionais da UBS o que dá viabilidade da continuidade das ações programáticas. Para isto vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidades de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

Pretendo continuar nas sete microrregiões o trabalho de nossa equipe para ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de pré-natal na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Caros gestores,

Sou Porfírio, médico da UBS Lagoa dos Velhos. Realizamos uma intervenção com hipertensos e diabéticos por um período de três meses na nossa UBS marcando o início do caminho para implementar esse trabalho com este grupo populacional, nossa intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Lagoa de Velhos, Lagoa de Velhos, RN. Com os objetivos específicos de ampliar as coberturas aos hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a qualidade em sua atenção, a adesão ao programa, melhorar os registros das informações, mapear quais tinham risco para doença cardiovascular e promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Para o início da mesma contamos com apoio da secretaria de saúde, recebendo materiais de oficina, fichas espelhos e protocolos de hipertensos e diabéticos impressos.

As ações previstas no eixo "Monitoramento e Avaliação" foram desenvolvidas durante a intervenção através do cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos no Programa e do preenchimento diário da planilha de coleta de dados fornecida pelo curso, a qual foi acompanhada e atualizada com dados da intervenção semanalmente por toda equipe.

No eixo "Organização e Gestão do Serviço" as reuniões com a ESF foram efetivadas, inicialmente com a apresentação do Projeto, da ficha espelho da intervenção e da planilha de coleta de dados anteriormente ao início da intervenção e depois semanalmente para apresentação e análise de dados parciais, avaliação da intervenção em si, discussão de dúvidas e escuta de sugestões para aprimoramento contínuo.

Ocorreu a divulgação da intervenção tanto na própria unidade quanto durante as visitas domiciliares dos ACS. Além disso, realizamos a capacitação da equipe, organizamos busca ativa aos faltosos, divulgamos com ajuda dos ACS o projeto em ambientes comunitários e realizamos atividades coletivas sobre alimentação saudável, práticas de atividades físicas, tabagismo e saúde bucal. Pode-se considerar que tais ações foram cumpridas integralmente.

Em relação ao eixo "Engajamento Público", a mobilização dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e familiares para a participação na intervenção não

encontrou dificuldades, pois contou com a participação de toda equipe, da ajuda dos ACS e da secretaria de saúde que contribuiu na divulgação.

Palestras educativas foram realizadas com esclarecimento de dúvidas e transmissão de orientações. No eixo "Qualificação da Prática Clínica" as ações foram realizadas durante as doze semanas da intervenção como a atualização do manejo em hipertensão e diabetes para toda a equipe, capacitações sobre os protocolos 36 e 37, sobre riscos destas doenças e o que fazer para que nosso trabalho diário satisfaça os objetivos da intervenção.

Terminamos nossa intervenção depois de dozes semanas com 353 usuários cadastrados na consulta (326 hipertensos e 90 diabéticos para uma cobertura de 52,9% de hipertensos e 51,1% de diabéticos). 100% de hipertensos e diabéticos tiveram orientação nutricional sobre alimentação saudável, pratica de atividade física regular.

100% dos hipertensos e diabéticos tiveram um exame clinico apropriado para suas doenças foi indicado e avaliados os exames complementares na data acorde com os protocolos (36 e 37 de hipertensão e diabetes) as consultas são cada três meses (já que em esse tempo tem que trocar a receita do tratamento de acordo a farmácia popular/Hiperdia) o que facilita ter um acompanhamento adequado.

Atualmente 100% dos usuários cadastrados na consulta de hiperdia têm prescrição de medicamentos das farmácias popular/Hiperdia e avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Além disso, 100% dos usuários tem estratificação de risco cardiovascular e os usuários avaliados com alto risco são avaliados na consulta do cardiologista cada três meses.

Iniciou uma consulta de tratamento de tabagismo com dois grupos de usuários fumantes de 20 cada um que tem acompanhamento médico, enfermeira, nutricionista, psicóloga e preparador físico, com o qual estamos promovendo saúde.

Os ACS vão continuar a busca ativa de toda pessoa com risco de desenvolver estas doenças nas visitas domiciliares.

A capacitação para os ACS sobre como realizar o cadastramento de hipertensos e diabéticos e as técnicas para a verificação da pressão arterial além de orientação sobre a realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos é feita semanalmente pela enfermagem no encontro semanal com os ACS.

Após ver os resultados da planilha percebi que as metas não foram atingidas no período dos três meses, mas a intervenção foi implantada, integrada e em mais alguns meses as metas serão plenamente atingidas.

Os motivos pelos quais estas ações não puderam ser realizadas e multifatoriais como que a intervenção teve quatro semanas a menos que as planejadas ao início dela mesma, a demanda excessiva de consulta de urgência já que nosso município só tem um médico.

A capacitação à equipe para oferecer orientações de higiene bucal não foi feita em o tempo programado já que odontólogo da equipe foi trocado neste intervalo de tempo e só trabalha 16 horas por semana.

Em geral não foram encontradas dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores.

Terminando a intervenção com os indicadores de qualidade em 100% o que efetivam os princípios de integralidade e universalidade.

Os profissionais estão trabalhados bem e com o envolvimento da equipe na sistematização das ações programáticas atendendo ao protocolo estamos caminhando para a integração da intervenção à rotina do serviço.

A incorporação das ações previstas no projeto a rotina dos serviços é uma realidade para benefício dos usuários de nosso município e que tem aprovação do gestor municipal e da equipe de profissionais da UBS o que dá viabilidade da continuidade das ações programáticas.

Foi incorporada outra enfermeira a nossa equipe e vai ser incorporado outro médico para fazer plantão e trabalhar com as urgências o que vai favorecer trabalho de prevenção, também a nova UBS será inaugurada nos próximos meses

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Caros usuários,

Sou Porfírio, médico da UBS Lagoa dos Velhos. O HA é a mais frequente das DCNT e o principal fator de risco para complicações de doenças no coração. A prevalência do DM vem crescendo mundialmente, configurando-se atualmente como

uma epidemia resultante, em grande parte, do envelhecimento da população, contudo, o sedentarismo, a alimentação inadequada e o aumento da obesidade também são responsáveis pela expansão global do diabetes. Nossa equipe de saúde fez uma intervenção com os usuários destas duas doenças por um período de três meses na UBS de lagoas de velhos.

As ações de capacitação foram realizadas durante as doze semanas da intervenção como a atualização do manejo em hipertensão e diabetes para toda a equipe, capacitações sobre os protocolos 36 e 37, sobre riscos destas doenças e o que fazer para que nosso trabalho diário satisfaça os objetivos da intervenção. Foram feitos cadastramentos dos usuários hipertensos e/ou diabéticos no Programa de Hiperdia e preenchimento diário da planilha de coleta de dados fornecida pelo curso, a qual foi acompanhada e atualizada com dados da intervenção semanalmente por toda equipe.

Aproveitamos os espaços das reuniões da equipe que estavam planejadas e inicialmente fizemos uma apresentação do Projeto, da ficha espelho da intervenção e da planilha de coleta de dados fornecida pelo curso, anteriormente ao início da intervenção e depois semanalmente para apresentação e análise de dados parciais, avaliação da intervenção em si, discussão de dúvidas e escuta de sugestões para aprimoramento contínuo.

Ocorreu a divulgação da intervenção tanto na própria unidade quanto durante as visitas domiciliares dos ACS. Além disso, organizamos busca ativa aos faltosos, divulgamos com ajuda dos ACS o projeto em ambientes comunitários e realizamos atividades coletivas sobre alimentação saudável, práticas de atividades físicas, tabagismo e saúde bucal. Implantamos a ficha espelho e organizamos um registro específico para colocar as fichas espelhos dos usuários da consulta de Hiperdia.

Terminamos nossa intervenção depois de dozes semanas com 353 usuários cadastrados na consulta (326 hipertensos e 90 diabéticos para uma cobertura de 52,9% de hipertensos e 51,1% de diabéticos). 100% de hipertensos e diabéticos tiveram orientação nutricional sobre alimentação saudável, pratica de atividade física regular, tem exame clinica apropriado para suas doenças, foram indicados e avaliados os exames complementares em a data acorde com os protocolos (36 e 37 de hipertensão e diabetes) as consultas são cada três meses (já que em esse tempo

tem que trocar a receita do tratamento de acordo a farmácia popular/Hiperdia) o que facilita ter um acompanhamento adequado.

Atualmente 100% dos usuários cadastrados na consulta de hiperdia têm prescrição de medicamentos das farmácias popular/Hiperdia, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, estratificação de risco cardiovascular e os usuários avaliados com alto risco são avaliados na consulta do cardiologista cada três meses. Iniciou uma consulta de tratamento de tabagismo com dois grupos de usuários fumantes de 20 cada um que tem acompanhamento médico, enfermeira, nutricionista, psicóloga e preparador físico, com o qual estamos promovendo saúde.

Necessitamos reforçar a aliança com a comunidade já que a intervenção esta sendo incorporada à rotina do serviço e ela pode apoiar com compressão e divulgação de nossa intervenção para que a atenção à saúde na UBS seja cada vez melhor.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Para mim o processo da especialização foi uma experiência muito positiva já que as tarefas de cada semana fizeram aumentar minha preparação acadêmica. Quando comecei a trabalhar na unidade de saúde de Lagoa de Velhos a realidade dela atenção básica estava dirigida maioritariamente a atividades de tratamento das doenças e não a ações de promoção e prevenção destas, pelo que minha tarefa principal foi aumentar a visão da equipe de saúde sobre as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da saúde brasileiro e começar a atuar como estava estabelecido.

Com relação ao curso e a intervenção acho que foi uma atividade que no decorrer das semanas foi nos mostrando ferramentais necessários para conhecer a realidade do sistema de saúde do Brasil, nos forneceu de materiais acadêmicos necessários para elevar nosso nível científico, que com o transcurso do curso nos permitiu buscar uma estratégia de saúde da família completa onde os maiores benefícios foram melhorar e qualificar os atendimentos aos usuários da UBS.

Quando inicio o curso tinha muita tensão pela quantidade de tarefas há realizar cada semana. Mais depois compreendíamos a importância de conhecer os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para os diferentes programas. Também foi de muito ajuda os exercícios a fazer sobre as diferentes doenças clínicas que a diário tínhamos que avaliar em consulta, além das práticas clínicas.

O curso também nos ofereceu espaços para a troca de experiências e duvidas e de uma orientadora que sempre estava presta para oferecer ajuda. Com o passar do tempo reforçamos o trabalho em equipe tanto na unidade de saúde como no curso e foi possível conhecer e aprofundar os procedimentos padronizados, que a levar a pratica na UBS foi um momento de reflexão com a equipe de saúde e o gestor já que ofereceu resistência algumas ações, como nosso município só tem

uma equipe para a gestora o importante e ter um médico no atendimento e não fazendo atividades de prevenção e promoção. Mais com o trabalho da intervenção essas atitudes já não prevalecem.

Com nosso trabalho a equipe melhorou os cadastramentos, acolhimentos e qualificamos os atendimentos clínico dos usuários com hipertensão e diabetes, decidindo implantar as ações em nas atividades diárias do serviço de nossa UBS.

A intervenção em geral engloba a toda a comunidade já que as ações principais de promoção e prevenção forem feitas com toda a comunidade, além de como participantes do processo de debate e decisão sobre formulação, execução, e avaliação da Política Nacional de Saúde.

Com nosso trabalho melhoramos: os atendimentos aos usuários com hipertensão em nossa UBS, das ações da equipe de ESF, dos conhecimentos sobre os principais protocolos de Ministério de Saúde e do desempenho da linguagem e comunicação com a comunidade em geral.

Referências

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

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

Apêndices

Apêndice A - Fotografias durante a intervenção



Figura 5: Fotografia da Nutricionista na microrregião de Bom Descanso



Figura 6: Fotografia do Cadastramento de hipertensos e diabéticos



Figura 7: Palestra na câmara municipal de Lagoa de velhos com as lideranças de nossa área de influência.



Figura 8: Fotografia da Equipe da Unidade de saúde de Iguatu



Figura 9: Fotografia da Capacitação dos ACS pela enfermeira



Figura 10: Fotografia da Atividade com HA e DM

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante